

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1899-1900. — N° 19.

DE LA
SALPINGOSTOMIE
ET AUTRES
OPÉRATIONS CONSERVATRICES
DES TROMPES UTÉRINES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Novembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis JARSAILLON

Né le 16 juillet 1873, à Oran (Algérie).

Ancien Externe des Hôpitaux (Concours 1893)

Ex-Interne de l'Hôpital Saint-Joseph (Concours 1897)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Novembre 1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 19.

DE LA
SALPINGOSTOMIE

ET AUTRES

OPÉRATIONS CONSERVATRICES

DES TROMPES UTÉRINES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Novembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis JARSAILLON

Né le 16 juillet 1873, à Oran (Algérie).

Ancien Externe des Hôpitaux (Concours 1893)

Ex-Interne de l'Hôpital Saint-Joseph (Concours 1897)



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Novembre 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (M.)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique.	BEAUVISAGE. —
Hydrologie et matières alimentaires.	CAUSSE, doct. ès sc

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIG.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BERARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président ; M. GANGOLPHE Assesseur

MM. POLLOSSON (A.) et ROCHET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma filiale reconnaissance
et de ma tendre affection.*

A TOUS LES MIENS

AVANT-PROPOS

Ce jour de la soutenance de thèse, qui nous fait entrevoir l'avenir, nous rappelle aussi les années d'études écoulées à Lyon et évoque le souvenir des maîtres et des amis que nous y avons trouvés.

A la Faculté de médecine se rattache surtout la pensée de nos premières années d'études; nous n'oublierons point les leçons que nous y avons reçues et à tous nos professeurs nous adressons de sincères remerciements.

Dans les hôpitaux, nous avons trouvé un enseignement des plus précieux et des marques de sympathie qui nous ont souvent touché. A tous ces maîtres dévoués qui nous les ont prodigués, nous affirmons nos sentiments de gratitude et de dévouement.

Nous remercions particulièrement M. le professeur Teissier, toujours très bon pour nous, M. Vinay, médecin des hôpitaux, et MM. Vincent et Auguste Pollosson, chirurgiens de la Charité, que nous avons eus pour maîtres pendant les deux années de notre externat. Nous remercions encore M. Auguste Pollosson et

MM. Gangolphe et Condamin de l'obligeance qu'ils ont mise à accepter de faire partie du jury de notre thèse. M. le professeur Laroyenne veut bien la présider, nous lui sommes vivement reconnaissant de l'honneur qu'il nous fait.

Nous ne saurions oublier MM. Chappel et Leclerc, médecins des Hôpitaux, qui, dans plusieurs circonstances, se sont montrés pleins de bonté envers nous, ni M. Jaboulay à qui nous devons plusieurs observations de notre thèse.

Nous nous rappellerons toujours l'obligeance de M. Chatain, médecin des hôpitaux, pendant un semestre passé dans le service de M. le professeur Teissier, nous tenons à l'en remercier cordialement.

Nos dernières années d'études se sont passées à l'hôpital Saint-Joseph. Nous ne savons comment exprimer aux maîtres si dévoués dont nous avons été tour à tour l'interne, les sentiments que nous éprouvons à leur égard.

Que M. le Dr Clément veuille bien croire à notre vif attachement et à notre sincère reconnaissance pour l'enseignement si clinique et si pratique qu'il n'a cessé de nous donner et pour la bienveillance qu'il a eue pour nous.

Nous prions M. le Dr Rafin de croire que nous nous rappellerons toujours ce que nous lui devons pour l'enseignement chirurgical qu'il nous a donné ainsi que

pour la bonté, nous pouvons dire l'amitié, avec laquelle il nous a toujours traité.

M. le Dr Chaballier, toujours très obligeant pour nous, peut être assuré que nous n'oublierons pas les trop courts moments passés auprès de lui.

M. le Dr Goullioud a bien des titres à notre gratitude : il nous a prodigué ses enseignements précieux en chirurgie générale et nous a fait aimer la gynécologie. Il nous a toujours accueilli avec une grande cordialité et nous lui devons encore le sujet de notre thèse. Pour l'aide si utile qu'il nous a prêtée, nous le prions d'accepter nos remerciements les plus sincères.

Chez tous nos collègues d'internat, MM. Gardette, Verrière, Francoz, Murgue et Poncin, nous avons trouvé une amitié solide et même une affection véritable : nous emporterons de Lyon le souvenir le plus agréable des années passées ensemble et la tristesse avec laquelle nous les quittons leur dira combien nous les avons appréciés.

INTRODUCTION

Nous avons eu, pendant le temps où nous étions l'interne de notre distingué maître M. Goullioud à l'hôpital Saint-Joseph, l'occasion d'examiner, de voir opérer et de suivre un certain nombre de malades atteintes de salpingites et sur lesquelles le traitement conservateur avait pu être employé.

Constatant l'état excellent de ces malades quelque temps après leur sortie de l'hôpital et voyant le peu d'extension prise à Lyon par cette chirurgie conservatrice des annexes de l'utérus, M. Goullioud nous proposa d'étudier la question et d'en faire le sujet de notre thèse.

Nous avons accepté avec plaisir cette offre et nous avons essayé de faire des recherches aussi nombreuses que possible sur ce point de pratique gynécologique ; c'est le résultat de ce travail que nous présentons aujourd'hui. Il n'a pas la prétention d'être une œuvre savante ; son but, si nous pouvons l'atteindre, est de montrer les bons résultats auxquels peut conduire la chirurgie conservatrice des annexes et d'essayer d'en généraliser la pratique comme elle le mérite.

Cette chirurgie, encore discutée à l'heure actuelle,

semble cependant devenir de plus en plus la voie de l'avenir, et après les Américains et les Allemands, les chirurgiens français, sont entrés dans cette manière de voir. L'actualité de cette question ne semble pas à démontrer : notre historique le prouve amplement. Nous en avons une autre preuve dans l'apparition, au moment où nous commençons nos recherches, d'une thèse de Paris, soutenue à la fin de juillet dernier par M. Montana¹, sur les résultats éloignés des opérations conservatrices sur les annexes.

Ce travail très approfondi sur la question et auquel nous avons emprunté plusieurs observations encore inédites, et quelques renseignements utiles, comprend aussi bien la chirurgie des ovaires que celle des trompes. Tel n'a point été notre but : nous avons restreint la question à la chirurgie des trompes, malgré les rapports pathologiques aussi bien que physiologiques qui unissent ces organes.

C'est que la chirurgie conservatrice des ovaires, déjà plus ancienne, est bien connue actuellement ; celle des trompes l'est bien moins, et surtout elle est peu pratiquée. Nous nous sommes réservé, du reste, de donner à l'occasion, dans le courant de notre exposé, les relations de la chirurgie de ces deux organes.

Tout en voulant montrer surtout la légitimité de ces opérations conservatrices et prouver leur valeur par les résultats obtenus, nous avons, en parlant des différents modes opératoires employés suivant les indications, insisté

¹ M. Montana, *Contribution à l'étude des résultats éloignés des opérations conservatrices des annexes* (thèse, Paris, 21 juillet, 1899.)

surtout sur la *salpingostomie* et les opérations analogues qui constituent véritablement la chirurgie des trompes et qui correspondent aux indications les plus fréquentes.

Nous faisons aussi l'exposé d'une méthode proposée, il y a quelques années par M. Jaboulay¹ et qui lui a donné de bons résultats immédiats. Nous regrettons de n'avoir pu suivre ses malades, dont nous rapportons un certain nombre d'observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

Nous nous sommes permis de reproduire, d'après Gersuny² et d'après P. Dudley³, deux planches indiquant leur méthode opératoire et nous y avons ajouté un dessin montrant la *salpingostomie* telle que la pratique généralement notre maître, M. Goullioud. Nous avons tenu à rapporter les observations que nous avons trouvées en France, en Allemagne et en Amérique in extenso, pour mieux préciser tous les points importants de chacune, et nous nous sommes efforcé en réunissant les cas de grossesse connus, sauf trois, que nous n'avons pu nous procurer, de donner par le détail de l'observation qui les concerne, des preuves concluantes, en faveur de la conservation ; enfin nous avons réuni le plus de cas possible de salpingostomies et de salpingo-ovaro-syndèses.

¹ M. Jaboulay, *Province Médicale*, 12 octobre, 1895.

² R. Gersuny, *Cent. f. Gynec.*, page 35, 1896.

³ A. Palmer Dudley, Quelques remarques sur la chirurgie conservatrice des annexes utérines (*Am. Journ. of obst. and diseases of Wom. and Child.* vol. XXXVII, n° 1, 1898).

DE LA
SALPINGOSTOMIE
ET AUTRES
OPÉRATIONS CONSERVATRICES
DES TROMPES UTÉRINES

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Il nous semble indispensable au début de ce travail de rappeler encore une fois, après les auteurs des traités classiques et ceux qui ont écrit des thèses ou monographies sur ce sujet de gynécologie, les phases successives du traitement des salpingites, pour fixer davantage les origines et l'état actuel de la chirurgie conservatrice sur ce point.

Si nous remontons à la première moitié de ce siècle et même jusqu'en 1872, nous ne trouvons dans la thérapeutique des lésions des annexes qu'une liste de moyens médicaux, aussi peu efficaces qu'aussi peu nettement indiqués.

C'est une première période purement médicale, ou pour mieux dire d'expectation, dans bon nombre de cas. On se contente de cataplasmes, d'injections médicamenteuses,

de tampons glycéринés, de saignées locales, ou de révulsion par les vésicatoires ou par les pointes de feu. La chirurgie n'est pas encore entrée en ligne.

Il faut cependant mentionner les tentatives hardies de certains chirurgiens américains qui avaient déjà entrepris l'ablation des annexes.

Mais dès 1856, ces opérations étaient condamnées en France ; les insuccès subis ne permettaient pas de pousser la témérité à ce point. Avec l'apparition de l'antisepsie les tentatives reprirent, et l'on peut dire que, depuis cette époque, la thérapeutique médicale céda progressivement le pas au traitement opératoire. La seconde période, dite chirurgicale, date à peu près de 1872.

Hégar semble avoir été le premier à pratiquer l'ablation des annexes, mais c'est surtout Lawson Tait qui généralisa cette pratique et posa les indications et le manuel opératoire d'une opération qui porte son nom.

La laparotomie était dès lors le traitement de choix des lésions inflammatoires des annexes de l'utérus et l'ablation la seule garantie de la guérison.

« Même quand les annexes d'un seul côté sont affectées, dit Lawson Tait, l'opération, pour donner à la malade un bénéfice durable et complet, doit être bilatérale. »

Bientôt généralisée, cette méthode acceptée par la majorité des gynécologistes fut modifiée quelques années plus tard par Péan.

A la laparotomie succède l'intervention par voie vaginale, et Péan, pour mieux drainer la cavité pelvienne et faire une opération plus sûre, plus radicale, pratique et conseille l'hystérectomie par morcellement.

Segond devient bientôt un défenseur hardi de cette

méthode qui, du reste, eut rapidement beaucoup d'adeptes en Europe¹.

En Amérique, un chirurgien de New-York, Polk², ajoutant à l'opération de Péan celle de Lawson Tait, proposa une ablation plus complète : la castration utéro-ovarienne, enlevant ainsi l'utérus et ses annexes. Cette méthode fut reprise depuis et modifiée dans son procédé par Delagenière, Doyen et Richelot.

Cette chirurgie radicale à outrance s'appliquait le plus souvent aux lésions graves suppurées, étendues, aux suppurations pelviennes. Mais souvent aussi elle était appliquée à des lésions bien moindres.

Elle n'était cependant pas seule pratiquée. Pour les cas moins graves on était plus conservateur. A côté des anciens moyens de la thérapeutique médicale le plus souvent impuissants, la chirurgie moins absolue disposait de traitements qui suffisaient dans un certain nombre de cas. La dilatation de l'utérus, le curettage, le drainage, le massage constituaient encore une série de procédés souvent très utiles et suffisants dans certaines circonstances. Dans le cas de suppurations graves, l'évacuation des collections par la simple incision et la méthode préconisée en 1883 par Laroyenne, donnaient déjà d'excellents résultats.

Du reste, l'excès dans lequel tombaient ces méthodes d'ablation opère bientôt une réaction en faveur de moyens plus conservateurs.

¹ Second, voir *Traité de chirurgie Duplay-Reclus*, art. SALPINGO-OVARITES.

² Polk, *Journ. of. Gyn. and Obs.*, vol. III, n° 5, New-York 1892.

Spencer Wells¹ en Angleterre, Doléris, Pozzi, Poulet et Laroyenne en France, Shroeder, Martin en Allemagne, Polk et Dudley en Amérique, protestèrent contre les abus de cette chirurgie d'ablation qui, sans se soucier des fonctions physiologiques des organes, les extirpait pour les guérir et obtenait, grâce à l'antisepsie, des succès qui généralisaient cette méthode.

La chirurgie conservatrice des annexes date à peu près de cette époque, on commence alors à se préoccuper de l'avenir génital des opérées, mais il ne fut question dès le début que de chirurgie portant sur l'ovaire.

Ce n'est qu'un peu plus tard que l'on fit les premières opérations partielles sur la trompe avec Hadra, Mundé, Howitz, Lucas-Champienière, Terrillon, Polk qui souvent se contentaient de libérer celle-ci de ses adhérences ou d'en pratiquer l'expression et le cathétérisme, vers 1884 et 1885.

Polk, dès 1886, parle d'opérations conservatrices dans un travail qu'il publie dans le *New-York medical Record*.

En 1887, il rapporte à la Société obstétricale de New-York quatre cas de salpingite chronique avec adhérences traitées par la libération simple. En septembre de la même année, il en cite encore quatre cas nouveaux.

Mundé vint ensuite qui, après Polk, préconisa ces opérations en précisant le manuel opératoire du cathétérisme de la trompe et en citant des observations. Mais c'est à Martin que revient l'honneur d'avoir le *premier* essayé d'agir directement sur la trompe malade dans un but *conservateur*.

¹ Spencer Wells, *Ann. of Gyn. and Chir.*, v. XXXVI,

En 1891¹, il présenta déjà au Congrès de la Société allemande de gynécologie tenu à Bonn le compte rendu de vingt-quatre opérations partielles sur les trompes, suivies le plus souvent de la création d'un nouvel orifice. Cet exemple fut suivi par quelques gynécologues en Allemagne. Quelques partisans avaient du reste, au Congrès que nous venons de citer, appuyé les idées de Martin. Puis à Breslau, en 1893², ils furent encore plus nombreux.

En 1889, Skutsch³ avait publié un cas analogue dans lequel il avait aussi refait un pavillon. Nous renvoyons au compte rendu de ces Congrès pour se rendre compte de la façon dont furent accueillis ces essais par les Allemands.

Nous trouvons encore chez eux un exemple de pareille intervention en 1896 : Gersuny⁴ expose le manuel opératoire dont il se servit dans un cas d'hydrosalpinx où, après une fenêtrée pratiquée sur la paroi de la trompe, il fit l'inclusion de l'ovaire dans celle-ci.

En Amérique, Polk et Dudley ont été les premiers champions qui aient défendu cette cause.

Polk⁵ fait à la Société de gynécologie américaine, en 1891, une communication importante où il rapporte quarante-huit nouveaux cas d'opérations conservatrices tant sur les ovaires que sur les trompes, et il termine par des

¹ A. Martin, *Verhandl. der deutsch. Gesellsch. für Gyn.*, 1891, ou *Centr. f. Gyn.*, 1891.

² *Ibid.*, 1893.

³ Skutsch, *Deutsche Ges. f. Gyn.*, III Congr. Friburg. (ou *Centr. f. Gyn.*, B. XIII, p. 565, 1889). Il crée le mot *salpingostomie*.

⁴ R. Gersuny, *Centralblatt f. Gyn.*, p. 35, 1896.

⁵ Polk, A report upon certain operations designed to preserve the uterine appendages (*Am. journ. of. obst.*, v. XXIV, n° 7, 1891).

propositions intéressantes au point de vue de la conduite à tenir, et donne les règles à suivre dans cette voie.

Puis, en 1893¹, en insistant sur les indications et les contre indications de la conservation, il aboutit aux mêmes propositions qu'en 1891, et apporte encore de brillants résultats, mais surtout en ce qui concerne les ovaires.

En 1896², il cite deux cas de grossesse après des opérations partielles sur les trompes, nous les citons du reste, à la fin de notre travail.

Dudley qui, depuis 1887, avait défendu les mêmes idées dans des rapports et des communications probantes aux différentes sociétés américaines publie, en 1898³, un article plein d'humour et de franchise, dans lequel il explique sa conduite et donne ses raisons.

Nous trouvons encore en Amérique d'autres partisans de cette méthode, tels que : Kelly, Wylié, Boyéa, etc. En France, il n'y a que quelques années que ces méthodes ont trouvé des défenseurs.

Pozzi publie différents travaux à ce sujet, sur l'ignipuncture surtout, et inspire la thèse de M. Delaunay⁴. Mais il n'est pas partisan des opérations conservatrices sur la trompe. La *salpingorraphie* est la seule opération qu'il conseille avec la *rupture des adhérences*.

En 1895, M. Delbet entre dans cette voie et publie une

¹ Polk, *Am. journ. of obst.*, v. XXVII, n° 6. Operations on the uterine appendages

² *Id.*, *Am. journ. of obst.*, v. XXX, n° 1, 1894. The conservative surgery of the female pelvic organs.

³ Dudley, *loc. cit.*

⁴ M. Delaunay, *Des opérations conservatrices de l'ovaire* (thèse, Paris, 1893).

observation remarquable suivie de grossesse, que nous rapportons, d'après lui.

M. Schwartz, qui déjà conservait les ovaires, fait de même, ainsi que MM. Richelot, Legueu, Tuffier, Clado. M. Clado même précise les indications et le manuel opératoire d'une opération qu'il appelle *salpingo-ovaro-syndèse*.

Malgré cela, la majorité des chirurgiens ne se range pas à cet avis et, à Paris, nous pouvons citer MM. Routier et Segond qui ne sont pas partisans de la méthode et résument leur avis en disant : ou les annexes sont assez malades pour justifier une ablation totale, ou elles ne le sont pas et, alors même, l'ablation partielle n'est plus indiquée. Avec eux se placent MM. Bouilly, Reclus, Hartmann.

MM. Terrier et Duplay sont au contraire, partisans de la conservation.

En Italie, certains chirurgiens défendent cette méthode, mais nous ne connaissons pas d'observation citée dans ce pays.

Une monographie récente de M. La Torre¹ fait l'apologie de la chirurgie conservatrice dans les suppurations pelviennes.

A Lyon, nous avons demandé à nos maîtres dans les hôpitaux et à bon nombre de gynécologues leur avis sur la question : aucun d'eux n'avait encore pratiqué d'opération de ce genre. Quoique partisans de la conservation, la plupart des chirurgiens que nous avons vus n'ont pas trouvé l'occasion de la pratiquer. Ayant eu affaire à des

¹ M. La Torre, *Interno alla chirurgia conservatrice delle suffurazioni helriche*, Rome, 1899.

annexes trop malades ils les ont enlevées, ou, plus tard, ayant affaire à des malades qui souffraient beaucoup, ils se sont décidés après des mois, même un an ou deux d'attente, à en faire l'ablation complète.

Tous nous ont encouragé cependant vivement à poursuivre ce travail, disposés à entrer dans la voie de la conservation, toutes les fois que la chose est possible.

M. Jaboulay¹ est le seul qui ait pratiqué depuis 1895 des opérations conservatrices sur les annexes. Son mode opératoire est différent de celui généralement employé, et de celui dont se sert aussi notre maître M. Goullioud. A la laparotomie abdominale, M. Jaboulay préfère la cœliotomie vaginale, et son mode opératoire constitue une méthode que nous décrivons, du reste, dans un chapitre ultérieur. Il attire après la laparotomie vaginale les annexes dans le *vagin*, les examine et, si possible, les y laisse et les panse ensuite régulièrement, puis il les abandonne à elles-mêmes et elles remontent dans l'abdomen, une fois guéries. Il a pu ainsi, très souvent, conserver des annexes que l'on aurait été obligé d'enlever par l'abdomen à cause de leur purulence.

Tel est à peu près résumé l'état actuel des tendances chirurgicales en gynécologie, pour les inflammations des annexes.

De même que pour d'autres organes on est devenu souvent plus conservateur, de même en ce qui concerne les annexes, on a tout tenté pour conserver une fonction qui, par elle-même, est d'une importance capitale, tant au point de vue physique que moral.

¹ Jaboulay, *loc. citat.*

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous venons de voir les origines de la chirurgie conservatrice des trompes et nous avons passé rapidement en revue les différentes tentatives auxquelles elle a donné naissance.

Nous avons vu aussi que, malgré les efforts d'un certain nombre de gynécologues, elle est loin d'être encore acceptée par tous. C'est qu'on fait souvent aux opérations partielles sur la trompe des objections qui peuvent paraître absolument probantes au premier abord. La meilleure réponse à ces critiques se trouve dans les résultats obtenus par cette pratique conservatrice. Mais avant d'aborder ces résultats, nous croyons utile d'essayer de répondre directement aux objections posées qui s'adressent à l'anatomie pathologique des organes en question et de faire la critique des raisons qu'on leur oppose.

Voici l'opinion de M. Pozzi sur ce point, dans son *Traité de Gynécologie*. « Jen'ai que peu de confiance, dit-il, dans cette opération (*la salpingostomie*) soit-disant conservatrice : je crois, en effet, que toutes les fois que la trompe présente des signes d'inflammation ancienne assez intense pour l'avoir transformée en kyste séreux, ou même seulement pour avoir oblitéré son pavillon, sa

structure, partant ses fonctions physiologiques sont fortement compromises. »

M. Pozzi n'admet donc pas que cette opération puisse mériter le titre de conservatrice : elle ne peut atteindre au but visé.

M. Pozzi ne donne-t-il pas aux lésions des parois tubaires plus de gravité qu'elles n'en présentent dans un certain nombre de cas du moins. Il semble aussi qu'il n'admette pas une réparation suffisante qui, cependant, semble réelle très souvent.

Tout d'abord, la fonction de la trompe comme oviducte demande-t-elle une *restitutio ad integrum* absolue de chacune de ses parties ? La salpingite en tant qu'elle a existé suffit-elle pour supprimer d'une façon *complète* le rôle de l'oviducte et les lésions ne peuvent-elles pas *rétro-céder* au point de laisser à la trompe sa *perméabilité*, peut être même sa *contractilité* (car ce sont là surtout les deux objections de M. Pozzi).

A la première question, on peut répondre que tout en admettant le rôle très utile des franges du pavillon lui-même et des cils vibratiles de l'épithélium, il semble possible cependant avec une certaine technique opératoire de favoriser la chute de l'ovule et sa progression dans l'oviducte. Les éléments anatomiques que nous venons d'énumérer, tout en aidant beaucoup par leur disposition à l'accomplissement de la fonction, ne semblent pas avoir cependant un rôle qui soit impossible à remplacer, du moins dans ses grandes lignes, par un dispositif que nous étudierons et qui essaye de rapprocher le plus possible l'état des organes, au point de vue fonctionnel, après l'opération, de celui qui existe à l'état normal. Du reste,

il y a des exemples frappants soit de persistance de la menstruation, soit même de grossesse à la suite d'ablation des deux tiers et plus même des trompes, faite pour des lésions des annexes (cas de M. Fritsch¹, grossesse après salpingectomie bilatérale). Nous ajouterons, pour mémoire, les cas connus de grossesse consécutifs à l'ablation de la trompe d'un côté et à celle de l'ovaire de l'autre. Sans vouloir multiplier les exemples, car il y en a d'autres, nous pouvons donc dire que la possibilité de la fonction existe, sans le secours des éléments que nous avons cités.

Mais l'indispensable, c'est la persistance de la *perméabilité* de la trompe, probablement aussi l'*état de la muqueuse* et peut-être des *couches musculaires*. C'est du reste le point essentiel de l'argument donné par M. Pozzi contre la conservation. Cette perméabilité existe-t-elle souvent ? C'est là la réponse à notre seconde question.

Nous regrettons de n'avoir pu nous-mêmes nous livrer à des recherches anatomo-pathologiques sur ce point, mais le temps nous a manqué pour les faire dans de bonnes conditions.

Nous remercions vivement néanmoins M. le professeur Fochier et M. le Dr Fabre, son chef de clinique, de la complaisance avec laquelle ils ont mis à notre disposition des pièces très intéressantes de trompes à pavillon oblitéré provenant du service de M. Fochier, à la Charité.

¹ Fritsch, *Cent. Bl. f. Gyn.*, 1897, B, XVI, p. 1228.

A ce point de vue, M. Reymond¹ ne partage pas l'opinion de M. Pozzi et nous trouverons dans sa thèse d'excellentes constatations en faveur de la possibilité de la fonction tubaire.

Étudions un peu en détail les lésions que présentent des trompes atteintes de salpingites de diverses natures. Nous allons trouver dans l'excellent travail de M. Reymond une étude soignée des lésions des parois tubaires.

Voyons tout d'abord ce qui concerne la *muqueuse* :

Les lésions qu'elle présente sont d'abord, au niveau du tissu conjonctif sous épithélial, de la congestion vasculaire et de l'infiltration des leucocytes dans la période aiguë.

Plus tard, si la tendance à la régression ne se produit pas, ce tissu cellulaire s'organise et devient bientôt épais et dense. Mais là n'est point la lésion importante au point de vue physiologique : c'est celle de la partie noble de la muqueuse qui nous intéresse le plus, celle de l'*épithélium*.

Celui-ci a, dès le début de la période inflammatoire, deux tendances contraires, celle de se détruire et celle de se régénérer. Il desquame rapidement et prolifère aussi rapidement ; les cellules nouvelles viennent remplacer celles qui tombent dans la cavité centrale. Ces cellules nouvelles dans la salpingite chronique qui nous intéresse le plus sont, en général, *plus aplaties* qu'à l'état normal et le plus souvent l'épithélium régénéré est *moins élevé* qu'à l'état ordinaire.

¹ Reymond, *Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites* (Thèse de Paris, 1894-1895).

De plus, on admet aussi en général (Reymond) que les cellules nouvelles n'ont point de cils vibratiles. D'où l'argument que peuvent tirer de cette absence les adversaires des opérations partielles. Mais faut-il attacher à ce seul fait une importance très grande ? Les faits semblent prouver le contraire.

Quoi qu'il en soit, M. Reymond insiste sur ce point, qu'il ne croit pas que la *lumière* de la trompe puisse disparaître malgré le *processus inflammatoire*, signalé par Bolat comme possible processus qui, déterminant une disparition complète de l'épithélium, amènerait un accollement des parois et une disparition de la lumière.

Citons aussi les conclusions auxquelles arrive Bettmann¹ :

1° Il existe certaine affection de la paroi des trompes dit-il, très commune et tout à fait indépendante de la participation de la muqueuse ; selon toute probabilité, elle n'est pas due à la propagation de l'inflammation venue directement de la muqueuse utérine.

2° La muqueuse tubaire est *extrêmement résistante* à la maladie. *L'épithélium persiste* dans une étonnante majorité des cas d'affections même étendues des trompes.

Ries² cite trois cas qui lui sont personnels où il a pu constater la présence de *l'épithélium* sur des *moignons* de trompes, reste d'ablation d'annexes antérieures et qu'il a pu examiner après hystérectomie secondaire.

¹ Bettmann, Contribution à l'anatomie pathologique des trompes de Fallope (*Am. journ. of obst.*, n° 5, 1897).

² Ries, Du pédicule tubaire après salpingectomie (*Centralbl. f. Gyn.* juil. 1897).

Il cite aussi un cas de Gottchalk. Dans les trois qui sont personnels à Ries, il a constaté la présence de *l'épithélium sur toute la longueur* de la lumière de la trompe jusqu'à l'ouverture abdominale et *le conduit était perméable sur toute sa longueur*.

Dans le cas de Gottchalk l'épithélium est supprimé seulement au point où porte la ligature.

Les lésions des autres couches des parois tubaires sont celles du tissu fibreux et des fibres musculaires.

Disons d'abord que dans l'*endo-salpingite*, la *musculaire* est *intacte* et, comme le dit Reymond, en citant des observations, cette endo-salpingite, due généralement au gonocoque, consiste dans une inflammation de la muqueuse de la trompe, et est *susceptible de guérir*. Dans les autres formes, les lésions des couches musculaires circulaire et longitudinale ne sont pas en rapport absolu avec les diverses formes de la salpingite et « de ce fait que deux trompes ont leur pavillon obturé et qu'elles se sont transformées en pyosalpinx, il ne s'ensuit nullement que leur couche musculaire doit présenter des lésions analogues ». On peut, du reste, trouver cette couche indemne en dehors de l'endo-salpingite, dans d'autres formes.

Reymond en cite un cas très concluant, son observation II, où, dans un hydrosalpinx qui paraissait consécutif à une salpingite blennorragique la couche musculaire était saine : la distension de la trompe par le liquide avait forcé les faisceaux musculaires à s'écarter, ce qui faisait paraître la tunique plus mince, mais en réalité il n'existait pas d'atrophie.

Dans d'autres cas on trouve de l'hypertrophie des cou-

ches musculaires, dans d'autres enfin se voit l'atrophie et même la transformation granulo graisseuse. Ce sont les formes les plus graves.

Nous ne parlerons pas des lésions observées sur les autres éléments des parois (tissu conjonctif, vaisseaux et nerfs) qui sont parallèles à celles de la couche musculaire et n'entravent pas le rôle de la trompe, du moment que les autres éléments de sa constitution sont revenus à un état suffisant.

Quelles conclusions tirer de ces notions d'anatomie pathologique ? D'abord que d'une façon générale les lésions tubaires ne sont pas aussi profondes qu'on le suppose souvent et que les couches *muqueuse* et *musculaire*, les seules importantes, ont très souvent des tendances à la *restauration*. S'il arrive quelquefois que les couches musculaires dégénèrent, ces cas ne sont pas des plus fréquents ; quant à la muqueuse, elle paraît dans la majorité des cas se rétablir.

Un autre point important est la question de la *perméabilité* de la trompe. On a prétendu que l'*oblitération du pavillon* constituait une preuve suffisante de l'*impossibilité du retour à la fonction*. On a conclu souvent du simple fait que la lumière de la trompe n'était pas perméable au niveau de son pavillon, qu'elle devait être oblitérée aussi en d'autres points et que l'*ostium uterinum* surtout devait être fermé.

Bien des faits sont venus contredire cette assertion.

Il est arrivé assez fréquemment, depuis que l'on pratique des opérations conservatrices sur la trompe, d'explorer après résection de l'extrémité abdominale de celle-ci le conduit salpingien avec un cachéter fin. On a très souvent

pu arriver à l'introduire jusqu'au niveau de la corne utérine. De plus, on connaît un certain nombre d'expériences qui ont été publiées et qui démontrent d'une façon absolue que la *perméabilité* du conduit tubaire est très *difficile à détruire*.

Frankel¹, dans un article récent intitulé : *Expériences sur l'oblitération artificielle des trompes*, dit qu'après avoir pratiqué sur ce conduit, chez des lapines, diverses opérations telles que la simple ligature la section, la double ligature avec ou sans section, la cautérisation des surfaces sectionnées et celle du canal, la double ligature avec résection, il a constaté qu'*aucun* de ces procédés n'assure l'*oblitération* des canaux en question.

Dans les trois cas que nous avons cités plus haut, cas rapportés par Ries², on a trouvé non seulement l'épithélium *cylindrique* régénéré, mais encore que toute la portion restante était perméable. Il rapporte trois cas américains de grossesse, cas de Sutton, de Gordon et de Ill, dans lesquels une grossesse eut lieu après salpingectomie bilatérale.

Wesley Bovey³ a constaté aussi dans un certain nombre de cas à la suite d'hystérectomie après ablation des annexes utérines antérieures, la perméabilité du moignon tubaire.

La Torre, dans une publication récente, donne des preuves à l'appui de ces faits qu'il emprunte à Albers et Watkins.

¹ Frankel, *Sem. médic.*, 11 octobre 1899.

² Ries, *loc. cit.*

Wesley Bovey, *Am. journ. of. obst*, al. XXXVIII, p. 57, 1898.

Albers constata qu'en effet il est rare que, même quand le pavillon tubaire est oblitéré, l'orifice utérin de la trompe le soit, il ne l'a rencontré que neuf fois sur trente-cinq observations et ne dit pas comment il a constaté la fermeture.

Watkins sur trois utérus enlevés et appartenant à des malades à qui on avait fait autrefois des ablations unilatérales ou bilatérales d'annexes, a toujours trouvé le moignon tubaire perméable malgré la ligature nécessaire.

Nous ne pouvons mieux terminer cet exposé qu'en donnant l'opinion que Reymond lui-même formule dans sa thèse et qu'il établit sur des recherches très soignées.

Bien qu'il soit généralement admis que dans un nombre de cas plus ou moins considérable, suivant les auteurs (Orthmann, Landau, Mordret, Fournet) la lumière de la trompe a totalement disparu au niveau de l'extrémité utérine, Reymond trouve au contraire que cette disparition de la lumière est d'une extrême rareté. Sur les *quatre-vingt-quatorze* dernières salpingites examinées par lui, il n'a pas trouvé *une seule fois* d'oblitération complète de l'oviducte à l'*extrémité utérine*.

S'il en a auparavant découvert quelques cas, dit-il, c'est que peut-être il n'a pas su rechercher alors cette lumière.

Le *pavillon* peut être oblitéré par adhérence à l'ovaire et aux organes voisins, mais il peut s'oblitérer sur place : la fréquence de cette oblitération est reconnue par tout le monde et si la lumière de la trompe n'a pas de tendance à disparaître à son *extrémité utérine* elle n'en a pas davantage à la *partie moyenne*, mais elle se produit souvent à l'*orifice abdominal*. La fermeture de celle-ci ne se fait pas aux dépens de la *muqueuse*, mais bien du *péritoine*, et

l'occlusion du pavillon en dehors de celle produite par adhérences aux organes voisins paraît se faire en deux temps : 1^o Les franges se replient sur elles-mêmes en rentrant dans le pavillon ; 2^o Les surfaces péritonéales une fois en face l'une de l'autre adhèrent entre elles. Ce fait est bien admis de tous actuellement.

La conclusion s'impose donc et l'on peut affirmer la possibilité du retour à la fonction d'une trompe qui a été le siège même de lésions avancées.

Citons en terminant certains faits établis par les recherches de Reymond et qui militent en faveur de la conservation à savoir :

D'abord que l'endo-salpingite, qui est plus souvent blennorrhagique, peut guérir, comme le prouve son observation III ; que le gonocoque de plus n'envahit que la trompe. L'ovaire n'est pas abcédé s'il n'y a pas eu d'infection mixte, et qu'il est le plus souvent scléro-kystique, ce qui par conséquent peut souvent engager à pratiquer la conservation dans ces cas.

CHAPITRE III

INDICATIONS

L'étude des lésions inflammatoires des trompes nous a montré que bien souvent le mal n'est pas irrémédiable, que l'organe, s'il est atteint en certains points de sa paroi, n'est pas en somme voué à une inutilité absolue, qu'on peut encore essayer de le rendre à sa fonction et le réparer au lieu de l'enlever, dans certains cas tout au moins.

C'est donc l'affirmation de la possibilité des opérations conservatrices et leur légitimation.

On doit maintenant se demander dans quelles circonstances, elles sont applicables, et donner ainsi la ligne de conduite du chirurgien. Tout d'abord quelle est l'utilité de ces opérations et quels sont les dangers auxquels elles exposent ? La réponse à ces deux questions donnera la notion des cas auxquels elles sont applicables et de ceux auxquels elles ne le sont pas.

Le but poursuivi par la chirurgie conservatrice des trompes en sauvant la fonction des organes est de deux ordres. D'abord, de conserver l'ovulation, ensuite de rendre possible la fécondation. Il faut ajouter un troisième motif qui, s'il dépend directement de l'ovaire, s'adresse aussi néanmoins à la chirurgie conservatrice des trompes,

celle-ci étant sous la dépendance du bon fonctionnement de l'organe de premier ordre, l'ovaire: nous voulons parler des troubles occasionnés par la castration bilatérale. On sait en effet quelles sont les conséquences souvent fâcheuses auxquelles sont exposées les malades à qui on a enlevé les deux ovaires. Depuis déjà longtemps la notion de ces troubles préoccupe les chirurgiens et nombre de travaux ont été écrits sur le sujet. Aussi ne voulons-nous pas insister longuement sur ces faits bien connus, mais seulement les rappeler en quelques lignes. Une thèse récente¹ qui les résume nous permet de les énumérer rapidement.

A part les bouffées de chaleur souvent bien gênantes et qui étaient bien connues déjà à l'époque des premières opérations de Lawson Tait, qui durent souvent après l'opération et sur la fréquence desquelles Fayle, Glœvecke, Martin insistent, il faut parler d'autres phénomènes nerveux plus importants, tels que pertes de la mémoire, modifications du caractère, états neurasthéniformes.

La perte de la mémoire est plus fréquente qu'on ne le suppose, d'après Martin et Jayle.

Les changements de caractère, qui produisent tantôt l'irascibilité, tantôt l'apathie, l'hypocondrie, même des idées de suicide, sont aussi assez fréquemment observés.

Les états neurasthéniques consistent dans la céphalée, de formes variables, l'insomnie, les cauchemars, la sensation de lassitude, de fatigue même, de courbature matinale et la faiblesse neuro-musculaire.

¹ *De la salpingectomie avec ovariectomie partielle* (thèse de M. Blagny, Paris, 1899).

Quant aux troubles de la nutrition, quoi qu'un peu moins fréquents, ils aboutissent à un embonpoint souvent énorme, très rarement à l'amaigrissement. Citons encore, car il y en a eu des cas observés, des troubles des organes des sens et de la phonation, enfin des troubles mentaux et des troubles génitaux. On évite aux malades par les opérations conservatrices sur les trompes, obligeant à une conservation de l'ovaire partielle ou totale, toutes ces suites fâcheuses.

Mais, indépendamment de ces troubles attribués de plus en plus à un rôle de sécrétion interne de l'ovaire, les opérées par une méthode conservatrice gardent la menstruation, et certes c'est là un avantage auquel les malades attachent une grande importance et dont on ne doit pas négliger la valeur. Enfin, de par le rétablissement de la perméabilité de l'oviducte, la fécondation est possible, et elle s'est produite. Par conséquent, non seulement les règles persistent, mais les malades peuvent devenir enceintes. Tels sont les avantages de ces opérations conservatrices, avantages qui ne peuvent faire qu'étendre leurs indications au plus grand nombre de cas possibles.

Voyons pourquoi celles-ci sont limitées ? autrement dit, quels peuvent être les inconvénients de cette méthode.

Il faut, en première ligne, signaler le retour de l'inflammation, la récurrence de la salpingite, qui prouverait que l'intervention n'a pas été assez large et qu'on l'a trop limitée, pour conserver au détriment de la guérison finale. Mais ces cas semblent bien rares, d'après toutes les observations que nous rapportons et celles que nous avons trouvées chez les différents auteurs cités.

Nous ne voulons pas insister sur les causes de ces réin-

fections, la présence de pus ou de germes nocifs dans le restant de la trompe. La persistance de ces germes dans le tissu cellulaire suffit peut-être comme l'a dit Schauta, pour expliquer certaines adhérences consécutives à des ablations d'annexes. Nous ne parlerons pas non plus des cas où une infection nouvelle par l'utérus est la cause de la récurrence, elle ne peut être attribuée à l'opération conservatrice. En tout cas, ces récurrences possibles mettent en garde contre la conservation trop absolue d'organes profondément lésés et obligeront à un examen très minutieux de la trompe après la laparotomie; de plus, elles seront une raison de n'intervenir que tard (dans les cas où l'état de la malade le permettra) et de laisser passer la période dangereuse pour opérer à froid.

A côté du retour de l'affection, qui reprocherait à notre méthode d'être incomplète, insuffisante, un autre danger, et c'est le plus grand, consiste dans l'infection possible du péritoine par la sécrétion purulente, soit pendant l'opération au moment de l'ouverture de la poche, soit après, parce qu'on la laisse béante (salpingostomie) donnant une voie libre au contenu vers la cavité péritonéale.

Mais il faut le dire bien vite, ce danger n'existe que dans les cas de pyosalpinx, nous ne parlerons pas en effet des cas où, sans collection véritable, la trompe renferme un liquide septique capable d'infecter rapidement la séreuse *péritonéale*, ces cas n'étant opérés en général que plus tard et quand la période fébrile est passée, ou même ne l'étant quelquefois pas.

A ces cas de pyosalpinx septiques, cette méthode ne peut s'adresser, cela va sans dire; l'infection du péritoine qui est presque fatale empêche toute tentative de conservation.

Tous les gynécologues qui ont essayé d'agir ainsi ont eu à lutter contre ce danger, mais on a tourné quelquefois la difficulté. C'est ainsi que Gersuny, en rapportant le cas qu'il a opéré en 1896 (*observ. XXI*), s'exprimait à peu près en ces termes : « S'il s'était agi d'un pyosalpinx, il nous semble qu'on aurait pu essayer de le fixer en dehors à la paroi abdominale et de laisser ainsi le pus s'écouler au dehors, pour conserver la trompe que l'on aurait réintégrée plus tard dans l'abdomen. » Cette méthode ne s'est pas généralisée, nous ne l'avons même pas vu signalée depuis et du reste Gersuny n'avait fait que l'indiquer sans la pratiquer lui-même.

M. Jaboulay, en 1895, a le premier fait une opération semblable dans un cas que nous rapportons (*obs. XXX*). Enfin, c'est justement pour éviter ce danger qu'il a proposé sa méthode d'attraction des annexes dans le vagin dont nous avons parlé.

M. Goullioud a pratiqué chez une de nos malades citées (*obs. XVIII*) une ponction de Laroyenne pour une collection pelvienne qu'il a reprise ensuite par l'abdomen une fois le danger passé, pour faire une salpingostomie. Ce sont là des moyens d'éviter l'infection tout en restant conservateur.

Il est regrettable que l'on ne puisse pas se prononcer encore d'une façon absolue sur l'utilité de ces modes opératoires au point de vue de l'évitement de l'infection et par suite de l'utilité de la méthode conservatrice. En tous cas, ces tentatives, avec toutes les précautions nécessaires contre les dangers de l'infection péritonéale, si on ne peut les généraliser, ont pu être pratiquées. Dudley surtout est allé loin dans cette voie. Il a par l'abdomen conservé

la trompe, en faisant une salpingostomie dans des cas de pyosalpinx

Voici ce qu'il dit à ce sujet : « Je suis même allé plus loin que cela, j'ai opéré sur des trompes distendues par du pus, j'ai lavé ces dernières avec une solution antiseptique, après avoir passé une sonde fine à travers la trompe jusque dans l'utérus, et réouvert le rétrécissement tubo-utérin, et mes malades ont guéri sans les moindres signes de péritonite.

« Je modifie cet exposé en disant que jamais je ne traite de cette façon une trompe ainsi malade si le pus a quelque odeur, montrant une infection gonococcienne intense ou une inflammation septique. »

Aucune des malades qu'il a opérées ainsi n'a eu de retour de l'inflammation ; il les a suivies depuis, elles vont toutes bien.

Les progrès de la technique opératoire, de l'asepsie surtout, donnent bien des garanties et permettent, dans certains cas, des résultats très heureux. Il n'en subsiste pas moins que le danger d'infection est encore la grosse objection que l'on peut faire aux opérations de ce genre. Mais elle ne se pose pas, il nous semble, quand on suit la pratique que nous voulons indiquer : la chirurgie conservatrice en effet ne doit pas être aveugle et ne veut pas tenter ce à quoi elle ne peut parvenir sans graves dangers, elle s'arrête là où elle deviendrait nuisible. Ainsi se précisent ses indications.

Avant de les formuler d'une façon détaillée nous allons, puisque nous en sommes aux inconvénients de la méthode, et pour être complet, aller au-devant d'une objection possible, qu'on ne manquera du reste pas de faire ; nous savons

en effet qu'elle a préoccupé l'esprit des gynécologistes, surtout en Allemagne : nous voulons parler de la *grossesse extra utérine*. Sans entrer dans le détail de la pathogénie de celle-ci, qui est du reste encore controversée, disons simplement que jamais elle n'a encore été observée. En tout cas, au point de vue des indications de la méthode, cette objection ne pourrait pas entrer en ligne de compte, car on ne peut établir de conditions précises de sa production (Teinturier, Abel, Paquy).

Essayons maintenant de préciser dans quel cas on doit intervenir chez les malades avec l'intention de faire un traitement conservateur et à quel moment il faut intervenir.

Les femmes atteintes de salpingite peuvent se diviser en deux groupes bien distincts : les unes sont malades depuis longtemps, elles souffrent, et c'est la raison qui les amène à l'hôpital; les autres ont des lésions bien plus graves qui menacent leur vie et c'est plus qu'un soulagement qu'elles demandent, c'est une véritable guérison.

Ce sont là les deux indications d'intervention en général pour lésions des annexes.

Les malades du premier groupe ont en général atteintes de vieilles lésions, éteintes le plus souvent, mais qui en font des infirmes; on trouve le plus souvent dans ces cas de la périsalpingite, des adhérences surtout au niveau du pavillon qui, oblitéré totalement ou simplement recroquevillé, est tombé dans le cul-de-sac de Douglas, où il est souvent fixé et ressemble à ce moment à une sangsue qui mordrait le péritoine du cul-de-sac postérieur. On trouve encore chez ces malades des lésions un peu différentes, les trompes sont grosses, flexueuses, dilatées,

le pavillon oblitéré enfermant dans l'intérieur de la trompe une collection dont la nature est variable et ne peut être diagnostiquée le plus souvent avant l'ouverture de la poche. Il s'agit généralement d'hydrosalpinx, quelquefois de pyosalpinx, mais avec du pus de bonne nature, du pus louable, car dans ces cas l'infection est en général éteinte.

Dans tous ces cas on peut au moins penser à faire œuvre conservatrice.

Quant aux malades du second groupe, elles ont le plus souvent des suppurations graves ou des lésions complexes, ou très septiques; on ne peut alors tenter la conservation.

Disons donc que la grande indication, la première de toutes, est d'abord celle de la laparotomie. Cette indication revient en somme à celle de l'ablation des annexes.

Dans ces cas, quand un traitement médical ou indirect a été longtemps appliqué, que l'on a essayé le curetage, le drainage, le tamponnement, et que la malade continue à souffrir après des mois, quelquefois même plusieurs années, on se décide à intervenir. Dans d'autres cas on intervient plus tôt quand le toucher donne des renseignements plus précis sur la lésion. La condition des malades doit aussi entrer en ligne de compte, leur situation ne permettant pas souvent d'attendre longtemps une guérison indispensable.

Ajoutons encore que l'âge des malades donne aussi à la chirurgie conservatrice le devoir d'intervenir.

Mais pourra-t-on poser l'indication de la conservation après un simple diagnostic clinique? Cela semble difficile et ce n'est qu'une fois la laparotomie faite que l'on pourra juger pièces en mains de la façon d'agir. C'est du reste l'avis de la majorité. Notre maître, M. Goullioud, a comme

pratique de chercher à conserver et d'intervenir avec cette intention, sans présumer absolument à quelle décision il s'arrêtera, la lésion constatée.

Nous sommes heureux de pouvoir dire que la manière de faire de M. Legueu (qui a bien voulu nous la communiquer), est absolument semblable. « Je ne crois pas, dit-il, qu'on puisse à l'avance, avant la laparotomie poser l'indication de cette opération, mais elle se présente au cours de l'intervention, comme une heureuse opération de correction dont la valeur est jugée par les quelques faits de grossesse consécutive. »

Précisons, en terminant, les indications de la conservation.

D'après ce que nous avons vu, elle pourra s'adresser :

1° D'abord aux cas de *périsalpingite*, d'*adhérences* plus ou moins nombreuses, nous en citons des observations. On pratiquera, dans ces cas, la salpingostomie, si le pavillon est oblitéré ;

2° Dans les cas de *salpingite catarrhale*, forme légère de salpingites, la trompe étant oblitérée ou non ;

3° Dans les formes enkystées où le contenu de la trompe est soit clair, soit sanguin ; autrement dit, dans les *hydrosalpinx* et aussi les *hématosalpinx* ;

4° Enfin, même dans certaines formes de trompes purulentes, quand le *pyosalpinx* contient un pus de bonne qualité, qu'il n'est pas en trop grande abondance et que l'on peut constater que le reste de la trompe n'est pas trop malade.

S'il s'agit de pus vraiment septique, on ne peut tenter la conservation.

Il faut ajouter, de plus, que la lésion ne doit guère

dépasser le tiers externe de la trompe, pour que la conservation soit applicable.

Nous rapportons deux cas de M. Goullioud, de libération d'adhérences dans des cas de salpingite légère. Le pavillon était béant, une fois les adhérences détruites (obs. VIII et IX).

Dans les autres cas de salpingite de moyenne intensité sans rétention, le pavillon étant oblitéré, on fait la salpingostomie : il s'agit dans l'un, de salpingite de moyenne intensité (obs. XIX). Dans un autre, de rétention d'un liquide séreux (obs. XX).

Comme cas d'hydrosalpinx bilatéral l'observation (obs. XIII) de Skutsch est un beau succès de la salpingostomie. Enfin, il existe, cités par Dudley, des cas bien nets de pyosalpinx bien guéris par la salpingostomie.

Il va sans dire que les petites *tumeurs bénignes* des trompes, telles qu'*adémones* ou *petits kystes*, permettent la conservation, et que la *tuberculose* ou les tumeurs *ma-lignes* la contre-indiquent.

CHAPITRE IV

MANUEL OPÉRATOIRE

Nous avons éliminé de notre sujet les opérations qui ne se rapportent pas directement aux trompes utérines et celles qui ne méritent pas ce nom, nous voulons parler du curettage, du drainage, du massage, du cathétérisme par voie utérine et de l'électrothérapie. Nous ne décrirons pas non plus la ponction des collections tubaires par le vagin, faites soit par incision du cul-de-sac de Douglas, soit par la méthode de M. le professeur Laroyenne. Elles ne font pas, à proprement parler, partie des opérations qui nous occupent. Mais nous nous empressons d'ajouter qu'elles leur sont très utiles, en permettant, par exemple, après avoir évacué un pyosalpinx d'attendre, pour intervenir plus tard à froid et faire par l'abdomen une opération de correction, salpingostomie par exemple (obs. XVIII).

Nous avons vu, en étudiant les indications opératoires, que le diagnostic exact des lésions est souvent difficile, on arrivera donc au moment de l'intervention sans être bien fixé sur le mode opératoire ; la laparotomie sera donc exploratrice au point de vue de la conservation. Ce ne sera qu'après avoir constaté *de visu* l'état des organes qu'on décidera de les enlever ou de les conserver.

Nous en arrivons à nous demander quelle sera, dans ce but, la laparotomie. Sera-t-elle *abdominale* ou *vaginale* ?

C'est la grande discussion qui occupe, depuis longtemps, les gynécologues, partagés entre ceux qui font la laparotomie proprement dite et ceux qui font l'hystérectomie vaginale.

Pour l'ablation des annexes les deux voies sont encore utilisées, mais avec bien moins de fréquence l'une que l'autre.

Pour la conservation, à laquelle donnera-t-on la préférence ?

Cette question est le plus souvent subordonnée à celle de l'ablation, car nous venons de le dire, on hésite avant d'intervenir sur la nature de l'opération. Or, actuellement, il semble que l'ablation des annexes implique la laparotomie. La voie abdominale est en effet la règle, tandis que la voie vaginale est l'exception. Sans vouloir entrer dans de longs détails sur cette question, nous devons dire quelques mots sur chacune d'elles.

C'est à Gaillard Thomas¹ que revient l'honneur d'avoir le premier posé les règles de l'extirpation des annexes par la voie vaginale. Byford², après lui, l'emploie en Amérique, puis Gottschalk³ en Allemagne, Picqué⁴

¹ Gaillard Thomas, *in Traité clinique des maladies des femmes*, Paris, 1887.

² Byford, *The American Journ. of obstetrics*, vol. XXI, 1888.

³ Gottschalk, *Soc. obst. et gyn. de Berlin*, fév. 1891, *in Centralblatt für Gyn.* 1891.

⁴ Picqué, *in* thèse Bonnecaze (valeur et indication de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire et de la trompe), Paris, 1899.

en France, et après eux Péan, Bouilly, Terrillon l'appliquent avec succès. M. Goullioud¹ en 1893, M. Segond² en 1894, M. Jaboulay³ et M. Condamin⁴, tous deux en 1895, prennent parti pour elle. Cette opération se faisait jusque-là par le cul-de-sac postérieur, c'était la *laparotomie vaginale* (la seule connue).

Dürrhsen⁵, en 1894, propose l'incision vaginale antérieure qu'il appelle *cœliotomie vaginale antérieure*. Elle fut adoptée par MM. Le Dentu et Pichevin. Martin⁶ l'appelle *colpotomie antérieure*.

Nous ne décrivons pas le manuel opératoire de ces deux modes de laparotomie vaginale, nous dirons seulement qu'entre ces deux la cœliotomie postérieure semble préférable. L'antérieure donne moins de jour et expose à la blessure de l'uretère et de la vessie.

Quant à la laparotomie vaginale postérieure, tout en ayant sur la laparotomie abdominale quelques avantages, elle présente bien ses inconvénients. Ses partisans disent en sa faveur qu'elle évite l'éventration, qu'elle permet d'éviter sûrement la vessie, qu'elle facilite le drainage et qu'elle est moins dangereuse. Mais les deux premiers avantages sont des inconvénients extrêmement rares de la laparotomie abdominale. Disons de plus qu'elle ne suffit pas toujours pour examiner à son aise les lésions des an-

¹ Goullioud, *Lyon Médical*, 1893.

² Segond, *Congrès de chirurgie*, 1895.

³ Jaboulay, *Province Médicale*, 1895.

⁴ Condamin, *Gazette Hebdomadaire*, 1895.

⁵ Dürrhsen, *Semaine Médicale*, 1895.

⁶ Martin, *Die Colpotomia anterior und ihre Erfolge* (*Berl. klin. Woch.*, n° 1, 1896).

nexes ou pour décoller les adhérences et, si ses résultats sont bons, ils ne sont pas meilleurs. La *laparotomie abdominale*, qui donne plus de jour et permet de constater rapidement la nature, le degré et l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions, est devenue, par les progrès de l'asepsie et du manuel opératoire, presque sans danger, même dans les cas d'annexes suppurées. Grâce à la suture à trois plans, on peut éviter l'éventration. Pour toutes ces raisons, la *laparotomie abdominale* est généralement adoptée maintenant pour l'ablation des annexes. A plus forte raison est-elle préférée quand il s'agit de conservation. C'est la seule qui ait été employée par les chirurgiens qui ont fait mention d'opérations conservatrices sur les trompes, tels que Martin, Skutsch, Gersuny, Dudley, Polk, Delbet, Richelot, Schwartz, Legueu, Tuffier, Clado, et notre maître M. Goullioud.

Etudions maintenant en détail les différentes opérations faites sur les trompes dans le but de les respecter. La conservation des trompes a été réalisée par plusieurs procédés et, depuis les progrès de la chirurgie conservatrice on voit mentionnée, dans les livres classiques, la liste de ces opérations.

Nous citerons d'abord la *libération des adhérences*. Celle-ci applicable surtout au cas de périsalpingite où la trompe est retenue soit dans le fond du bassin ou accolée à l'ovaire, soit au niveau des anses intestinales ou de l'appendice, soit même aux côtés de l'utérus ou de la vessie. Cette opération ne s'applique pas directement à la trompe mais aux adhérences qui l'entourent, mais elle mérite néanmoins d'être signalée ici, car elle a rendu souvent des services depuis que *Hadra* l'a pratiquée le premier, en

1897, en empêchant d'extirper des annexes que l'on croyait malades et auxquelles on attribuait les douleurs persistantes dont se plaignaient certaines malades. Cette opération, du reste, n'est souvent que le début d'une opération plus importante. Dans tous les cas, en effet, où l'on trouve les annexes adhérentes on commence par les libérer pour les examiner et décider de l'opération à pratiquer sur elles, ablation ou conservation.

Nous citerons, pour être complet, une méthode employée pour la première fois par Polk en 1887 et préconisée par lui, l'*expression des trompes*. Cette méthode a donné de bons résultats à son auteur, mais elle n'a pas été pratiquée fréquemment. Dans ces cas, Polk, après avoir exprimé avec les doigts le contenu muco-purulent de la trompe, faisait un lavage du péritoine et refermait l'abdomen.

Il a aussi essayé de faire ensuite le *cathétérisme de la trompe*, que Mundé¹ a préconisé après lui et dont il a indiqué le manuel opératoire.

Les opérations qui s'appliquent à la trompe elle-même sont la *résection*, la *salpingorrhaphie*, la *salpingostomie* et la *salpingo-ovaro syndèse*.

La *salpingorrhaphie* consiste simplement à rapprocher le pavillon de la trompe de l'ovaire et quelquefois même à coiffer celui-ci des franges de la trompe. Elle est souvent un complément utile de la libération des adhérences, en permettant de rapprocher les deux organes qui ont des tendances à tomber dans le cul-de sac postérieur après la section des brides qui les fixent.

¹ Mundé, *Am. Journ. of obstetrics* fev, 1888, v. XXI,

Martin¹ a été le premier à pratiquer les opérations conservatrices sur les trompes.

Voici son procédé tel qu'il le décrit dans son livre :

« Il existe une nouvelle opération pour les tuméfactions des trompes qui ne sont pas des formes compliquées. C'est la résection de l'ostium abdominal atrésié, oblitéré : à savoir la *salpingostomotomie* (Shroeder, A. Martin, Skutsch, Schauta et Zweifel).

« L'extrémité renflée de cette trompe en question est attirée le plus possible dans la plaie abdominale, une éponge est placée par-dessous pour recueillir les liquides qui pourraient s'écouler (on place au-dessous un tube stérilisé contenant un bouillon de culture). D'un coup de ciseaux, on sectionne le point culminant de la trompe et le contenu s'écoule habituellement assez vite ; dans d'autres cas, pour le faire écouler de la trompe, on est obligé de faire un véritable massage allant de l'utérus à l'orifice oblitéré.

« L'oblitération a souvent l'aspect d'une cicatrice rétractée. Dans ces cas on constate souvent des franges agglutinées. S'écoule-t-il facilement un liquide clair et séreux sans grumeaux et sans odeur, la muqueuse présente-t-elle seulement un léger gonflement et de la rougeur (les franges peuvent paraître effacées par le fait de la présence d'une ou deux cuillerées de liquide), alors je fends l'ostium abdominal sur une longueur de 3 centimètres. Dans son prolongement sur l'utérus, la trompe ne présente que de l'inflammation catarrhale sans purulence du contenu.

« Je ferme alors les lèvres de la plaie avec des points au catgut. Les lambeaux exubérants sont réséqués.

¹ Martin, *Die Krankheiten der Eileiter*, p. 213.

« La muqueuse tubaire est réunie au péritoine par des points de suture, de sorte que l'ouverture reste béante et que la muqueuse tubaire reste éversée. L'écoulement de sang est peu abondant; sans difficulté, la suture suffit à amener l'hémostase des vaisseaux qui ont été sectionnés.

« En général, il n'y a qu'une branche un peu importante qui s'échappe du pavillon.

« Une suture faite au niveau du restant de la frange ovarique amène l'embouchure du nouvel ostium au niveau de l'ovaire. La trompe ainsi ouverte est réintroduite dans l'abdomen avec l'ovaire, après qu'elle a été détachée de ses adhérences péritonéales. »

C'est Skutsch¹ qui a proposé le premier en 1889 le nom de *salpingostomie*, dans une opération semblable. Son manuel opératoire est un peu différent de celui de Martin. Comme il l'explique dans le compte rendu de son observation, il n'a pas pratiqué la résection de la partie terminale de la trompe, il a fait une nouvelle ouverture sur la partie dilatée, une fenêtre, et il a suturé la muqueuse à la séreuse, on pourrait appeler ce mode de rétablir la perméabilité de la trompe, une *salpingostomie latérale* par opposition au mode employé d'ordinaire et que l'on pourrait alors dénommer *salpingostomie terminale*.

Dudley², dans son dernier article sur la question, expose ainsi sa façon de faire : « Je fais, dit-il, une opération de phimosis sur la partie saine restante en la fendant sur un demi-pouce au plus sur sa surface supérieure et en éversant au dehors les surfaces sectionnées comme

¹ Skutsch, *loc. citat.*

² Dudley, *loc. citat.*

nous le faisons pour le prépuce; je suture alors avec de la soie fine par un surjet la muqueuse tubaire à sa surface péritonéale et circulairement, prévenant ainsi la réocclusion de la trompe et permettant à l'épithélium cilié d'agir à la place des franges qui ont été enlevées (*voir Fig. 1 et 2*).

« Dans ces cas, invariablement, je relie la portion restante de l'ovaire à l'extrémité du reste de la trompe par une suture à la soie fine. Dans aucun cas, depuis que je me suis décidé à ce procédé, je n'ai eu de raison de le regretter. »

Pour résumer les procédés que nous venons de voir employés, nous pouvons dire qu'à part le cas cité par Skutsch, ils comportent tous la résection du pavillon et d'une portion variable de la trompe, puis une éversion de la muqueuse tubaire sur la séreuse que l'on maintient ainsi fixée par quelques points à la soie. On termine le plus souvent en réunissant, pour rétablir les rapports des deux organes, le nouveau pavillon à l'ovaire par un fil de soie qui remplace le ligament infundibulo-ovarien. C'est, du reste, à peu près le manuel opératoire que nous avons trouvé décrit dans le livre de MM. Legueu et Labadie-Lagrave¹. M. Legueu n'a pas depuis modifié ce procédé.

Nous terminerons cet exposé de technique opératoire en décrivant l'opération telle que nous l'avons vu faire plusieurs fois par notre maître, M. Goullioud, et qui est en somme l'opération telle qu'on la fait actuellement. Voici comment il procède :

Les précautions les plus minutieuses prises comme pour toute laparotomie et, après avoir fait faire une désin-

¹ *Traité médico-chirurgical de gynécologie.*

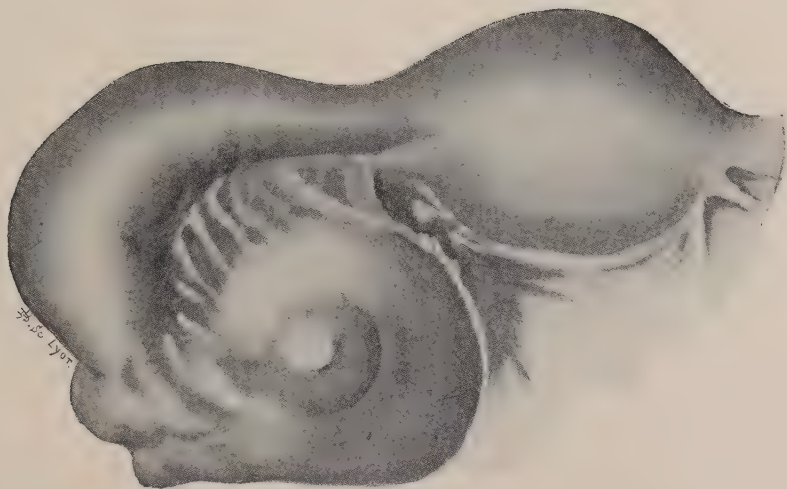


FIG. 1. — Vue postérieure des annexes gauches avant l'opération.

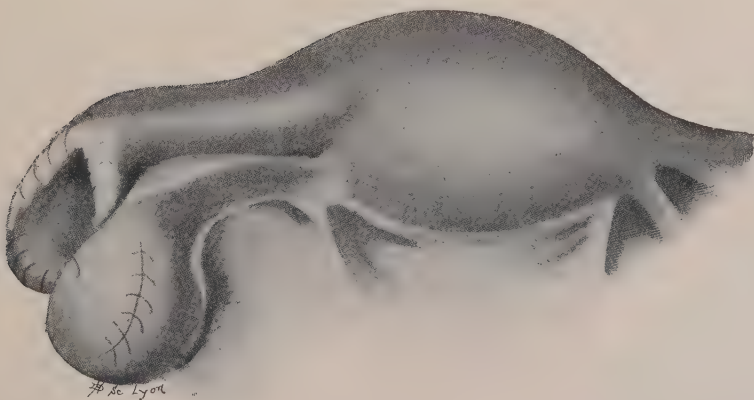


FIG. — Vue postérieure des annexes gauches après l'opération.

— D'après DUDLEY —

fection vaginale des plus soignées dans le cas où l'intervention par cette voie deviendrait utile (cas de drainage par le vagin), il fait une incision médiane comme dans toute laparotomie ne dépassant pas 8 à 9 centimètres, quelquefois moindre. Le péritoine incisé, il fait inverser la malade. Cette position déclive, obtenue suffisante par la table de Trendelenburg, on protège l'intestin au voisinage de la plaie avec de grandes compresses de gaze et, s'il a des tendances à sortir, on le refoule au moyen d'éponges. Le petit bassin est suffisamment libre pour examiner à son aise les annexes, on les attire alors le plus possible au dehors en les entourant de compresses isolantes. On se décide alors à les enlever ou à les laisser.

En général, il n'est pas indispensable de se servir d'une valve. Celle-ci rend cependant quelquefois de grands services.

Si les lésions consistent surtout dans des adhérences, on les rompt en faisant ensuite une hémostase soignée. Dans le cas d'oblitération du pavillon, on pratique la *salpingostomie* en réséquant le pavillon et la partie avoisinante de la trompe. On incise ensuite, d'un coup de ciseau, la tranche de section tubaire du côté opposé aux vaisseaux sur une longueur de 1 centimètre environ.

Puis, on éverse la muqueuse sur le péritoine et on les réunit par quatre points en général, à la soie fine. On fait souvent une petite ligature au catgut sur une petite artériole qui donne à la partie postérieure de la section de la trompe. On rapproche ce nouveau pavillon de l'ovaire auquel on le fixe par un ou deux fils de soie (*salpingorrhaphie combinée à la salpingostomie*).•

Nous avons tenu à montrer la situation relative des

annexes après cette opération, par le dessin ci-contre, il représente la *salpingostomie* à peu près comme nous venons de la décrire. (Fig. 3.)

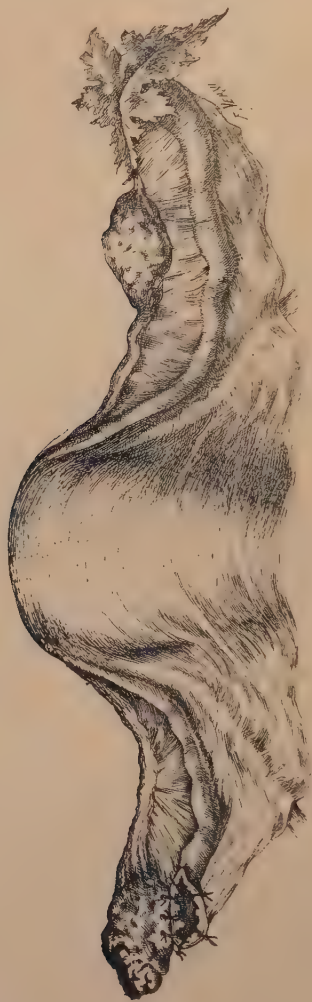


Fig. 3., — Salpingostomie du côté droit. — Vue antérieure.
(Procédé employé par M. Goullioud.)

Ce dessin, a été fait d'après une salpingostomie que nous avons essayé de pratiquer sur le cadavre, en tâchant

de nous rapprocher de la façon de faire de M. Goullioud.

Ajoutons que, d'une façon générale, dans les cas de lésions bilatérales, on fait d'ordinaire l'ablation des annexes les plus malades et l'on réserve la *salpingostomie* pour celles qui sont le moins atteintes.

M. Clado pour donner encore aux deux organes laissés après résection une plus grande solidarité et rétablir encore mieux les rapports physiologiques, pratique une opération qui se rapproche un peu de celle que Gersuny avait faite en 1896.

C'est une véritable *salpingorraphie* comme la pratique M. Pozzi sur le pavillon sain, mais appliquée au nouveau pavillon créé par la *salpingostomie*. Le nom que M. Clado donne à son opération, rend assez bien compte de ce qu'elle doit être. Il l'appelle *salpingo-ovaro-syndèse*.

Il l'a décrite lui-même dans la *Semaine gynécologique*¹, et son élève M. Ayrolles, en a fait le sujet de sa thèse; nous leur empruntons ce qui suit :

Le manuel opératoire comprend trois temps :

- 1^o Résection de la trompe et cathétérisme;
- 2^o Réfection du pavillon et antiseptie;
- 3^o Suture du nouveau pavillon ou anastomose ovaro-salpingienne.

1^o RÉSECTION DE LA TROMPE

« Elle doit intéresser une petite partie, le tiers ou la moitié externe de l'organe malade, et se pratique avec les ciseaux. On sectionne d'abord le méso-salpinx dans l'étendue nécessaire, puis, d'un coup de ciseaux, on coupe perpendiculairement à l'axe de la trompe dans les limites

¹ M. Clado, *Sem. Gynéc.*, 24 janv. 1899.

voulues. La partie ainsi réséquée comprend donc, suivant l'étendue des lésions, le pavillon et une partie de l'ampoule, ou même la totalité de la portion ampullaire.

« Une bougie fine est alors introduite dans le canal de la trompe, et chemine vers l'utérus. Souvent, elle se trouve momentanément arrêtée dans son trajet ; mais après quelques petites manœuvres, on arrive à la pousser jusqu'à la corne utérine. C'est là une preuve que la trompe est perméable dans toute l'étendue de l'isthme de Henle. Dans ces conditions, on est en droit de penser qu'il en est vraisemblablement de même de la portion du canal enchâssée dans la corne de l'utérus.

« Nous savons, en effet, que le siège initial des lésions salpingiennes est la partie externe de l'organe, et que, dans les cas légers, si l'isthme est franchissable, il y a de grandes chances pour que la partie interstitielle soit également perméable. Mais ce n'est là qu'une présomption et non une certitude.

« Dans ce premier temps, il y a peu d'hémorragie. Seule l'anse tubaire demande parfois la pose momentanée d'une pince.

2^o RÉFECTION DU PAVILLON

« Une sonde cannelée est introduite dans la trompe et enfoncée à 3 ou 4 centimètres. Sur la face inférieure de la trompe, exactement en arrière du méso-salpinx, on pratique, en se guidant sur la cannelure de la sonde, une fente longitudinale de 2 ou 3 centimètres : on saisit, avec les pinces de Kocher, les deux bords de cette fente, et l'on étale la partie de la trompe qui constituera le futur pavillon.

« Avec une très fine bougie, on essaie de nouveau de pénétrer jusque dans la cavité utérine. On y réussit parfois, lorsque la bougie a des dimensions convenables. La présomption dont nous parlions plus haut devient dès lors une certitude.

« Nous incisons derrière le méso-salpinx pour deux raisons faciles à comprendre : 1° pour éviter d'ouvrir de nouveau l'arcade artérielle sous-tubaire, et pour conserver ainsi intacte l'irrigation de la trompe ; 2° pour ouvrir le pavillon du côté de l'ovaire qui se trouve en arrière, dans l'aileron postérieur du ligament large.

« Le nouveau pavillon une fois confectionné, on procède à son antiseptie en touchant la surface avec du sublimé ou de l'acide phénique. Si le pourtour de la section donne un peu de sang, il est inutile d'en faire l'hémostase, la suture en aura raison.

3° SALPINGORRHAPHIE, OU SALPINGO-OVARO-SYNDÈSE

« Ce dernier terme est préférable à celui de *salpingorrhaphie* et signifie l'union intime du pavillon à l'ovaire.

« Avec une aiguille à intestin et du catgut fin, on place d'abord un fil angulaire. Je désigne ainsi le fil qui est placé au niveau de l'orifice du nouveau pavillon, autrement dit à l'extrémité interne de la fente qui a ouvert la trompe. Ce fil traverse l'ovaire à son extrémité interne; on le noue à la façon de la partie initiale d'un surjet. Avec le même fil, on pratique un surjet en suivant le rebord du nouveau pavillon, de manière à placer ce pavillon sur le bord supérieur de l'ovaire, à cheval, moitié en rapport avec la face antérieure et moitié en rap-

port avec sa face postérieure. L'aiguille doit cheminer à travers la séreuse et la muqueuse de la trompe, de façon à éviter les décollements et produire l'hémostase. En faisant la suture, il faut avoir soin, et cela pour des raisons faciles à comprendre, de rentrer la muqueuse sous la séreuse.

« Le résultat topographique de la salpingorrhaphie est aisé à concevoir. La trompe se trouve étalée sur la demi-circonférence supérieure de l'ovaire et la recouvre à peu près dans toute son étendue.

« Quelques détails ne sont peut-être pas inutiles à faire ressortir. Il convient de réséquer la trompe en un point tel, approximativement, que le diamètre de la section se trouve peu inférieur au diamètre transverse de l'ovaire. Grâce à l'élasticité du nouveau pavillon, il est facile, avec une traction modérée, de recouvrir toute la surface transversale de l'ovaire. Ce n'est pas en vue d'une simple économie que je conseille d'opérer de la sorte, mais pour des raisons opératoires. Si l'on se rapproche trop de la corne utérine, on risque de placer le premier fil maladroitement et de fermer l'orifice interne de l'isthme salpingien. Au contraire, lorsque la résection comprend une partie seulement de l'ampoule, ou simplement le pavillon, rien n'empêche — si besoin est — de donner plus d'étendue à l'incision sous-tubaire et de confectionner un très large pavillon.

« Cette opération, quoique délicate, est loin d'être difficile. En cas de salpingite, en effet, la trompe est ordinairement augmentée dans ses diamètres ; elle est surtout plus longue, et la résection, ainsi que la confection du nouveau pavillon, devient dès lors aisée. Il

est plus difficile d'obtenir le résultat désiré sur le cadavre dont les trompes sont intégres, que sur les malades atteintes de salpingite. »

Nous avons tenu à rapporter la description de M. Clado même, avec les détails qu'elle comporte, et nous avons emprunté ce qui précède à son article de la *Semaine gynécologique* du 24 janvier 1894.

Les avantages de l'opération de Clado sont aisés à comprendre.

Les rapports étant plus intimes entre l'ovaire et la trompe, la chute de l'ovule peut se faire sûrement dans la trompe, et la fécondation en est favorisée. Mais on peut lui objecter que la portion de l'ovaire qui est en dehors du nouveau pavillon devient inutile. Les résultats ne sont pas encore assez anciens pour prouver la valeur de ce procédé, qui néanmoins paraît excellent.

Nous citerons maintenant en terminant cet exposé opératoire, et seulement à titre de renseignement, une opération qui a été pratiquée par Watkins de Chicago et que mentionne *La Torre*, dans le travail dont nous avons déjà parlé.

Il s'agissait d'un petit adénome de la trompe, au niveau de la corne utérine. Après ablation de cette masse il sutura le restant de la trompe dans le tissu utérin qu'il avait sectionné auparavant. Il fit, en somme, une *salpingo-utéro-anastomose*. De l'autre côté, il fit l'ablation des annexes pour un pyosalpinx.

La malade eut un avortement quelques mois après l'opération.

Nous ne citons ce fait, que pour sa curiosité et son titre d'opération conservatrice, mais sans en juger la valeur.

Il arrive quelquefois qu'à ces différentes opérations sur les trompes d'autres viennent s'ajouter.

Nous ne voulons pas parler seulement des opérations sur l'ovaire (ignipuncture, résection) qui sont indispensables pour la conservation de la trompe, quand l'ovaire ne peut être gardé en entier (ovaire scléro-kystique, hématome, kyste du corps jaune).

Mais il arrive que pour guérir complètement la malade, on fasse avant de fermer l'abdomen, une opération complémentaire sur l'utérus, une hystéropexie.

Le cas a été signalé, la salpingostomie ne contre-indique pas cette opération.

On a pu aussi faire un curettage après avoir suturé l'abdomen.

Ces opérations de complément peuvent rendre de bons services en facilitant la guérison d'une inflammation non encore éteinte et en évitant, dans le cas de ventro-fixation des douleurs de rétroversion que l'on attribuerait peut-être par la suite à la salpingostomie.

Il nous faut enfin exposer la méthode de M. Jaboulay. Voici comment il procède : Après la laparotomie vaginale (ouverture du cul-de-sac de Douglas, aux ciseaux en général), il attire les annexes dans le vagin, dans le cas où elles forment, suppurées ou kystiques, un foyer qu'il est facile ou qu'il n'est pas trop difficile de séparer du reste avec le doigt.

Si elles viennent à se rompre et à inonder le péritoine pelvien, même de pus chaud, l'essuyage, la toilette aux tampons de gaze, suffisent à enlever toute crainte ultérieure.

Il attire de même les salpingites végétantes sèches, les

salpingites tuberculeuses. Mais en ce qui concerne les cas de vieilles adhérences, il peut être dangereux de les décoller en tirant sur elles.

Les annexes descendues, il essaye de les conserver en totalité ou en partie ; après avoir vidé les abcès et les kystes, enlevé les portions malades, il applique un pansement et les laisse dans le vagin. Sa première opération de ce genre date de 1892.

Les annexes remontent d'elles-mêmes, au bout d'un temps variable, dans le bassin, et les malades bénéficient de la conservation possible ainsi, sans infecter le péritoine.

Malheureusement, nous ne pouvons pas donner de résultats éloignés des malades qui ont été ainsi opérées : elles n'ont pu être suivies.

CHAPITRE V

RÉSULTATS

Pour prouver la valeur des opérations que nous venons de décrire, il faut maintenant en étudier les résultats.

Nous examinerons d'abord les observations qui nous sont personnelles et nous essayerons de résumer ensuite, le mieux possible, les résultats que d'autres ont obtenus.

Le point essentiel dont il faut s'occuper quand il s'agit de conservation d'organe, c'est le résultat éloigné, définitif.

Nous étudierons donc nos observations, d'abord au point de vue des suites immédiates, c'est-à dire opératoires, et ensuite au point de vue des suites éloignées, de la guérison véritable. Celle-ci se rapporte en ce qui concerne les affections des trompes, à l'état général, aux douleurs, à la menstruation et à la fécondation.

Les malades opérées par M. Goullioud et dont nous rapportons les observations sont au nombre de 5.

Toutes les cinq ont été guéries rapidement de leur opération.

Elles ont toutes quitté l'hôpital une vingtaine de jours après avoir été opérées et se portant très bien. En somme, il n'y a rien à signaler de particulier pour aucune d'elles

à ce point de vue. La guérison opératoire s'est faite dans de très bonnes conditions.

Sur ces 5 malades, 3 ont été revues plusieurs fois, une a envoyé des nouvelles très détaillées sur demande, la 5^{me} a écrit également.

En ce qui concerne les deux cas de libération du pavillon adhérent, les suites éloignées ne peuvent être examinées que pour la malade de l'observation VIII, l'autre malade n'ayant quitté l'hôpital que depuis un mois à peine.

Cette malade, opérée en août 1891, a été revue deux fois depuis par M. Goullioud, en 1892 et 1894.

Elle était très satisfaite de son opération, qui lui avait permis de faire un travail plus pénible que par le passé. Elle ne souffrait un peu que quand elle se surmenait, et seulement du côté droit (salpingectomie), aussi bien en 1894 qu'en 1892. L'état général était très bon.

Les règles étaient normales, mais elle avait eu encore des pertes blanches assez abondantes en 1892.

Des trois malades auxquelles on a fait une salpingostomie, l'une, Marie G., opérée en août 1898, écrit, en septembre 1899, un an après l'opération. (Obs. XX).

Sa santé était excellente, à part quelques légers maux de tête de courte durée ; elle se plaignait quelquefois de douleurs dans les reins et le bas-ventre, mais du côté gauche, où on avait fait l'ablation, pas du côté droit (*salpingostomie*). Elle se plaint aussi de faiblesse dans le côté gauche du corps. Les règles sont régulières ; quelques pertes blanches.

Elle n'a pas eu de grossesse.

La seconde, Ant. R., a été revue deux fois depuis son

opération qui remonte à un an ; les dernières nouvelles datent d'un mois (obs. XIX).

Elle a un excellent état général, souffre cependant de temps en temps des deux côtés, dit-elle, mais très peu et surtout à gauche (salpingectomie), moins à droite (salpingostomie).

Les règles sont revenues immédiatement après l'opération et sont normales; pas de grossesse.

On voit donc qu'à différents points de vue ces résultats équivalent certainement à ceux que l'on obtient en général par la *salpingostomie* (ablation complète des annexes).

Toutes nos malades ont guéri et toutes ont retiré un bénéfice très grand de leur opération. Les douleurs ont disparu à peu près complètement, sauf dans un cas où elles persistent de temps en temps, et il faut remarquer que le plus souvent, dans les cas que nous rapportons, c'est du côté de l'ablation complète (salpingectomie) qu'elles souffrent le plus.

Enfin, leur état général et leur moral sont excellents et elles ont conservé leurs règles.

Il n'y a pas eu de cas de grossesse. Mais sur 5 malades il n'y en a que 3 qui sont mariées et l'une d'elles est séparée de son mari.

Du reste, la grossesse n'est pas le seul point important, en ce qui concerne la conservation.

Dans les observations que nous empruntons à la thèse de M. Montana, à celle de M. Ayrolles et d'autres, la guérison a persisté, sauf dans un cas où, après la *salpingostomie*, il a fallu ultérieurement enlever l'utérus (obs. XVII).

Les autres malades ont retiré un bon résultat de leur opération, sans récurrence.

Martin cependant signale 2 cas de mort sur 65 opérées. Les règles sont revenues normalement, les douleurs ont disparu presque toujours complètement et l'état général est excellent. Disons aussi que nous avons tenu à rapporter quelques cas probants de grossesse : ce sont ceux des observations de MM. Gersuny, Delbet, Legueu, Baer, Mac Monagle, Martin. (Obs. XXII, XV, XVI, XI, XII, XIV).

Les autres appartiennent à des libérations d'adhérences, ce sont les observations de Polk et celle de M. Richelot.

Martin a eu 2 cas de grossesse sur ses 65 opérées, et il en signale 2 cas de Mackenroth.

En somme, il existe 12 ou 13 cas bien nets de grossesse après résections partielles des trompes suivies ou non de réfection du pavillon.

Nous avons pu rapporter l'observation de 8 de ces cas.

Pour nous résumer et pour conclure, nous dirons que, même sans vouloir insister sur les cas heureux où la *salpingostomie* a été suivie de *grossesse* (ce qui est pour tant un avantage de grande valeur et qui permet de juger cette opération), on a obtenu dans l'immense majorité des cas des résultats excellents, constituant une *guérison véritable*, qui vaut bien celle conférée par la *salpingectomie*, et qui lui est même quelquefois *supérieure*, quand on s'en tient aux indications signalées.

OBSERVATIONS

Rupture d'adhérences avec ou sans Salpingorrhaphie.

OBSERVATIONS DE POLK

Extraites d'un article intitulé : La chirurgie conservatrice des organes pelviens chez la femme, in (*The american Journal of obstetrics and diseases of women and children*, n° 1, vol. XXX, juillet 1894, William M. Polk M. D.)

OBSERVATION I

Parenchyme ovarien ramolli et endosalpingite intéressant les deux trompes ; ostium abdominal ouvert, hématome de l'ovaire droit, nombreuses adhérences friables emprisonnant les deux groupes d'annexes.

Les annexes droites furent enlevées, les gauches furent libérées de leurs adhérences. La malade devint enceinte dix mois après l'opération.

OBSERVATIONS II et III

Présentèrent des conditions semblables au cas I.

Le cas II présentait en outre, cependant, un utérus en rétroversion, adhérent, qui fut traité par l'opération d'Alexander en plus de la libération des annexes.

Cette malade est maintenant enceinte pour la troisième fois.

Dans le cas III, comme dans le cas I, la malade n'a eu qu'une grossesse.

OBSERVATION IV

Présenta à peu près les mêmes raisons pour avoir une grossesse, qu'une autre malade dont il vient de parler. Elle avait avorté trois ou quatre fois à six ou huit semaines.

Les deux ovaires étaient augmentés de volume et étaient évidemment, par la compression qu'ils exerçaient, la cause des avortements. Dans le but de favoriser une grossesse, une opération fut conseillée et acceptée.

L'ovaire gauche a été fonctionnellement détruit par un hématome étendu; la masse entière renfermant l'ovaire avait environ 2 pouces de diamètre. Celui ci, avec la trompe correspondante qui était normale, fut enlevé. La trompe droite était presque normale, mais l'ovaire correspondant était le siège d'un petit hématome.

Eparpillées sur la surface de ce groupe d'annexes, se trouvaient quelques adhérences friables.

Environ les deux tiers de l'ovaire furent enlevés.

Les lèvres de l'incision furent réunies par du catgut, la trompe et ce qui restait de l'ovaire furent alors remis en place dans le bassin.

Cette malade donna naissance à un enfant, dix mois après cette opération.

OBSERVATION V

(M. Richelot, *in* thèse Montana.)

*Salpingo-ovarite puerpérale. — Lymphangite pelvienne. —
Libération des adhérences. — Ignipuncture bilatérale. —
Grossesse.*

P... Irma, quarante-cinq ans, employée de commerce.

Antécédents personnels. — Réglée à dix-sept ans ; règles régulières, abondantes et douloureuses. Pertes blanches dans les intervalles. Syphilis il y a trois ans.

Depuis trois ans, elle souffre de douleurs abdominales, pas très vives, qui se calment par le repos et augmentent avec la marche. Elle a fait deux fausses couches, une de cinq mois et une autre de deux. A la suite de la dernière, elle eut des hémorragies abondantes pendant deux mois et les douleurs devinrent plus vives.

A partir de janvier 1898, les douleurs continuèrent très vives, presque intolérables, localisées au bas-ventre et aux deux fosses iliaques, mais plus intenses du côté gauche.

Elle dut garder le lit.

Avec les douleurs, elle eut des pertes blanches très abondantes.

Elle entra dans le service le 16 février 1898. Avec le repos, les douleurs se calmèrent et ne se manifestèrent plus que par quelques élancements.

Examen. — Annexes du côté gauche très douloureuses et volumineuses. Annexes du côté droit douloureuses. Utérus en rétroversion, demi-fixe. Annexite des deux côtés, plus grosse à droite.

Indication conservatrice, étant donné l'âge de la malade.

Laparotomie, le 26 février 1898. — On trouve l'utérus gros, adhérent au cul-de-sac de Douglas ; les trompes parenchymateuses

de dimension moyenne ; les ovaires scléro-kystiques enfouis sous elles.

Les deux annexes adhèrent intimement au cul-de-sac de Douglas au rectum et au cæcum.

On sépare avec beaucoup de soin l'intestin, on détruit les adhérences avec celui-ci et avec le cul de-sac de Douglas, et on fait la libération des annexes.

Ce cas est un bel exemple de lymphangite pelvienne (pelvi-péritonite).

Comme en examinant les annexes on voyait qu'elles étaient aussi malades d'un côté que de l'autre, il n'y avait pas raison de les enlever d'un seul côté en les conservant de l'autre. Donc, M. Richelot, de parti pris, fait la conservation des deux côtés ; il se contente d'appliquer deux ou trois pointes de feu profondes, avec le thermocautère, sur les ovaires et les trompes.

Les trompes étant oblitérées, la fécondation n'est point à espérer, mais on peut attendre la résolution et surtout l'on respecte la fonction physiologique.

Suites opératoires normales.

Résultats immédiats très favorables. La malade ne souffre plus et elle est sortie, se disant guérie, le 23 mars 1898.

Suites éloignées. — La malade a été revue le 30 novembre 1898, c'est-à-dire huit mois après l'opération. Elle se porte bien et est contente de l'opération.

Un mois après l'opération, elle a eu ses règles presque sans souffrance, et depuis cette époque elle a continué à être réglée régulièrement. Elle souffre encore un peu au moment de ses règles, mais beaucoup moins qu'avant l'opération. Dans les intervalles, elle ne souffre plus.

A l'examen, on trouve l'utérus encore en rétroversion, mais il est très mobile. On ne sent pas les annexes. Constipation obstinée et quelques phénomènes dyspeptiques.

Revue de nouveau, le 20 février 1899. Ses règles se sont arrêtées depuis deux mois, ses seins sont sensibles et ont grossi. Sensation de pesanteur dans la cavité pelvienne.

L'utérus est gros, annexes saines. Soupçon de grossesse.

La malade a été revue dernièrement. Les soupçons de grossesse se confirmèrent et la grossesse évolua jusqu'au quatrième mois ; mais à ce moment elle fit une fausse couche.

Malgré cela, la guérison persiste.

OBSERVATION VI

(M. Richelot, *in* thèse Montana.)

*Salpingo-ovarite bilatérale. — Ablation à gauche. —
Salpingorraphie et ignipuncture à droite.*

M^{me} L..., âgée de vingt-quatre ans, lingère, mariée, entre dans le service de M. Richelot, le 29 mars 1898.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Bien-portante, en général, quoique très nerveuse. Réglée à dix-sept ans; règles régulières, mais douloureuses, surtout les premiers jours, durant cinq jours. Mariée à vingt-deux ans. Accouchement normal à terme. Trois semaines après elle commence à souffrir du ventre. Douleurs vives, continuelles, étendues aux régions inguinales des deux côtés, mais plus marquées à gauche.

Depuis cette époque, hémorragies fréquentes et à des intervalles très courts, huit à quinze jours. Dans les intervalles, pertes blanches très abondantes. Elle vient à l'hôpital pour les hémorragies qui l'ont affaiblie considérablement et qui ne lui permettent aucun travail.

Examen. — Constipation. Anorexie. Affaiblissement général. Pas de trouble de la miction.

Toucher. — Col utérin abaissé, petit et douloureux. Corps en rétroflexion. Cul-de-sac gauche occupé par une masse annexielle, du volume d'un œuf de poule. On peut suivre avec le doigt les inflexions de la trompe. L'exploration est douloureuse.

Diagnostic. — Annexite double.

Laparotomie avec intention conservatrice, le 9 avril 1898.

On trouve la trompe du côté droit parenchymateuse, complète-

ment adhérente au cul-de-sac de Douglas et contenant mucus et grumeaux de mauvaise qualité. Ovaire scléro-kystique.

On décolle la trompe du cul-de-sac de Douglas ; on exprime le mucus et les grumeaux ; on nettoie avec soin et on suture le pavillon à l'ovaire par trois points de catgut, cela pour rétablir les rapports de l'ovaire et de la trompe, mais surtout pour préserver le péritoine contre le mucus infecté.

Sur l'ovaire on fait l'ignipuncture.

À gauche, les lésions sont plus avancées, l'ovaire est complètement scléro-kystique ; on fait l'ablation.

Suites immédiates. — Légère élévation de température les deux premiers jours, mais sans autre accident. Pendant les premiers jours qui suivent l'opération, la malade a des élancements douloureux, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

22 avril. — Elle sort de l'hôpital se considérant guérie.

Suites éloignées. — Revue le 21 et le 26 mai 1898. Elle est très améliorée.

Après sa sortie de l'hôpital, elle a souffert pendant quelque temps un peu du côté droit, mais depuis quelques jours elle ne souffre plus. Elle est satisfaite de l'opération.

Revue le 30 novembre 1898. Elle va très bien, elle ne souffre plus. Avant l'opération elle souffrait beaucoup.

Les hémorragies ne se sont pas renouvelées. Règles régulières, pas douloureuses.

Pas de grossesse.

En un mot : Résultat satisfaisant.

OBSERVATION VII

(M. Tuffier, *in* thèse Montana.)

*Annexite bilatérale gonococcique. — Ablation à droite.
Conservation et salpingorrhaphie à gauche.*

Antécédents utérins. — Réglée régulièrement et sans douleur jusqu'à l'époque de son mariage. Mariée depuis trois ans. Pas de grossesse.

Quelques semaines après son mariage, elle a commencé à souffrir dans la cavité pelvienne.

Les douleurs bilatérales et assez vives étaient au début intermittentes; mais depuis cinq mois, elles ont augmenté considérablement, et la malade est obligée de garder le lit, parce que le moindre mouvement la fait souffrir.

Causes de la maladie. — Infection blennorrhagique qui lui a été communiquée par son mari.

Examen. — Col de nullipare sain, corps utérin immobilisé.

Culs-de-sacs latéraux remplis par une masse volumineuse et douloureuse. A droite, la masse a le volume d'un poing; à gauche, celui d'une mandarine.

Diagnostic. — Annexite bilatérale gonococcique.

Etant donné l'ancienneté des lésions et leur étendue, M. Tuffier lui conseilla l'opération, mais, devant la répugnance manifeste de la malade à se faire enlever les annexes, il se contenta de la soumettre à un traitement médical : injections vaginales chaudes, bains salins, repos.

Malgré ce traitement suivi pendant longtemps, elle n'eut aucune amélioration. La malade consentit alors à se faire opérer, sous la promesse qu'on lui conserverait l'ovaire d'un côté, même si elle ne

devait pas guérir complètement et si, toutefois, cette conservation ne constituait pas un danger pour sa vie.

M. Tuffier fit la laparotomie.

A l'ouverture de l'abdomen, il trouva :

A droite : Annexes adhérentes. Trompe du volume du pouce, moniliforme, dure. Les lésions sont telles qu'on ne peut pas penser à la conservation, donc ablation.

A gauche : Adhérences fortes de la trompe et de l'ovaire, à la face postérieure de l'utérus et de l'épiploon.

M. Tuffier fait la libération progressive des adhérences, et après un travail pénible de dissection et de décollement de l'épiploon, il arrive à isoler la trompe, qui est du volume du petit doigt, allongée et tortueuse.

Il décolle alors les franges du pavillon et fait le cathétérisme de la trompe ; ce qui en démontre la perméabilité.

L'ovaire est entouré de fausses membranes. On l'énuclée, puis, M. Tuffier, par un point de suture, fixe à lui la frange la plus, saillante du pavillon (salpingorrhaphie).

On essore alors soigneusement le cul-de-sac, et après avoir placé une mèche de gaze aseptique, on referme l'abdomen.

Suites opératoires. — Bonnes.

La plaie abdominale guérit sans accident ; le quinzième jour, M. Tuffier fait un curetage à la malade.

Suites éloignées. — Pendant les trois premiers mois, la malade souffre encore du côté gauche ; pendant les huit mois suivants, elle va très bien, elle ne souffre plus, ses règles sont régulières, non douloureuses, et elle reprend sa vie ordinaire.

Mais à cette époque, son mari contracte une nouvelle blennorrhagie, elle-même est infectée de nouveau, et une nouvelle poussée d'annexite se présente du côté gauche, qui cède cette fois-ci au traitement médical et au repos.

Aujourd'hui la malade va très bien. Pas d'enfant.

Guérison parfaite.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

(M. Goullioud, service de M. Laroyenne, à la Charité.)

Salpingo-ovarite. — Ablation des annexes droites.

Détachement du pavillon à gauche.

Th. P..., vingt-neuf ans, ménagère, Sainte-Thérèse, n° 8.

Antécédents personnels. — Réglée à quatorze ans, régulièrement. Mariée à vingt-quatre ans. A eu un enfant un an après. Fausse couche de six mois un an plus tard (mars 1888). La malade est restée huit jours au lit et souffre depuis cette époque. Depuis trois ans; douleurs continuelles dans le côté droit. Est ménagère, fait son ouvrage avec peine. Souffre plus à certains moments. A souffert quelquefois à gauche, mais moins.

Ses règles avancement toujours chaque mois de cinq à six jours. Les règles durent une huitaine de jours. Son enfant vit toujours.

Dans l'intervalle des règles elle a des pertes blanches abondantes, et des caillots au moment des règles.

Souffre beaucoup plus depuis deux mois. Est déjà restée trois semaines dans le service l'an passé.

Examen. — Utérus en bonne situation. Erosion du col. A droite on sent une masse de salpingo-ovarite qui est très douloureuse, irrégulière comme forme; on ne sent pas de collection à ponctionner; à gauche, il y a également de la sensibilité, un peu de résistance du ligament, mais on ne sent pas de vraie masse de salpingo-ovarite. Par le toucher rectal on ne trouve pas grand chose de plus.

Opération avec M. Auguste Pollosson.

Incision. Une large éponge récline facilement l'intestin; on voit alors très bien le fond de l'utérus en antéversion normale.

A droite, une grosse trompe tortueuse, adhérente au fond du bassin et qui n'est dissimulée par aucune adhérence; très belle pièce.

Elle est très facilement détachée du fond du bassin. En vertu de sa tension, elle reste gonflée, turgide, droite; une surface un peu rayonnée indique la place du pavillon.

Ovaire libre, sans ou presque sans adhérence. Un seul pédicule avec double anse de soie. Section au thermocautère.

Sans toucher aux éponges, on regarde l'autre trompe; on remarque d'abord de longues adhérences filamenteuses allant de la face postérieure de l'utérus au promontoire et à l'intestin. La trompe gauche n'est pas plus grosse que normalement, mais deux fois plus longue. Son pavillon a passé par-dessus l'ovaire, s'est fixé au fond du Douglas. Assez nombreuses et minces adhérences à ce niveau. Un peu de liquide séreux contenu dans la trompe, mais retenu dans l'ampoule sus-jacente au pavillon. Avec quelque difficulté on détache ce pavillon; on le voit bien béant. Un petit vaisseau donne sur la trompe. On prend le point qui saigne avec pince et fil de soie fin. Le pavillon est ramené au fond du bassin sur l'ovaire; on se décide à le laisser ainsi. Il serait très intéressant de constater une grossesse plus tard. Pas d'adhérences autour de cet ovaire qui semble macroscopiquement sain.

Toilette péritonéale simple. Toute cette opération a été faite en quelques minutes, sans qu'on ait vu l'intestin, maintenu par quatre ou cinq éponges.

Pas de Mickulicz; j'avais, un instant, songé à faire un Mickulicz vaginal; je ne l'ai pas fait parce que la malade était atteinte de métrite encore purulente et que l'opération avait été simple, rapide; pas de rupture de poche, pas de surface cruentée.

Surjet péritonéal au catgut; surjet aponévrotique au catgut, points séparés pour la peau.

La trompe droite renfermait un liquide hématique de couleur chocolat.

Pollosson exprimant la trompe à parois épaisses est arrivé à faire jaillir le liquide par l'extrémité utérine très amincie. Démonstration en faveur du massage.

5 septembre. — Va très bien.

Petit hématome de la ligne de suture, tout à fait en haut, un peu de sang s'est échappé entre deux points de suture le jour où on a enlevé les fils (onzième jour), puis un peu de pus.

10 septembre 1891. — La malade, à partir de ce jour, va très bien. Suture cicatrisée. Aucune élimination de fils profonds.

Utérus en bonne situation. Cul-de-sac droit parfaitement sain. Utérus un peu immobilisé du côté gauche, on ne sent aucune induration au toucher vaginal. Le côté droit est plus souple que le gauche. La malade se plaint d'un peu de douleur dans l'anus, sans importance. Sutures bien solides. La malade n'a pas encore revu ses règles.

18 juillet 1892. — Venue sur appel, se trouve beaucoup mieux qu'avant. Avant son opération, faisait avec beaucoup de peine un très petit travail (petit ménage), actuellement travaille dans une usine de 5 h. 1/2 du matin à 6 h. 1/2 du soir; fait, en dehors de ce travail, en quatre fois, deux heures de marche.

Elle marcherait, dit-elle, plusieurs heures.

Cependant, si elle se lasse trop, elle souffre, et alors c'est encore à droite. Ce côté reste plus sensible; ne souffre pas à gauche.

Pertes blanches abondantes. Règles durant cinq à six jours, abondantes.

Au mois de mars, sans retard appréciable, douleurs qui l'ont tenue huit jours au lit, avec pertes, avec caillots. A attribué ce malaise au froid.

A ce moment, souffrait à gauche.

Est-ce une extension menstruelle à la trompe gauche? Femme se faisant beaucoup d'ennui à cause de son mari.

Au toucher, utérus en bonne situation.

A droite, cul-de-sac très libre, pas sensible.

A gauche, on ne constate pas de salpingo-ovarite.

En somme, rien au toucher. On pourrait faire quelques cautérisations de Brœse.

En somme, bon résultat, la malade dit elle-même : « Je suis bien contente. »

Cicatrice abdominale très solide.

Pas la moindre éventration ; porte sa ceinture pour son travail, quelquefois pénible.

Cicatrice un peu épaissie comme chéloïdienne.

La malade dit avoir souffert un peu de petites douleurs dans la cicatrice.

Etat général bon, ne tousse pas, ne souhaite pas du tout de grossesse.

31 août 1894. — Venue sur appel.

Même état qu'en juillet 1892. Souffre un peu.

Séparée de son mari depuis deux mois. Pas de conception.

N'a pas repris de pertes rouges.

Ce n'est pas à gauche, c'est-à-dire du côté des annexes conservées qu'elle a souffert, mais à droite.

OBSERVATION IX (Personnelle)

(Service de M. Goullioud, à l'hôpital Saint-Joseph.)

*Salpingite bilatérale. — Ablation des annexes gauches.
Détachement du pavillon à droite.*

M.-Louise C..., vingt-sept ans, secrétaire, Sainte-Marie, 14.

Antécédents héréditaires. — Mère en bonne santé.

Père atteint de rhumatismes.

Trois frères et sœurs sont morts : l'un à six mois, d'affection indéterminée, un autre à sept ans, de péritonite, un troisième à vingt ans, paralysé du côté gauche et de la langue à la suite de convulsions ayant débuté dans l'enfance; quatre autres en bonne santé.

Personnellement, réglée à quatorze ans et jamais régulièrement depuis. De quatorze à dix-huit ans, les règles revenaient tous les deux, trois ou quatre mois seulement.

Depuis dix-huit ans, jusqu'au mois d'août 1898, elles retardèrent toujours, mais furent plus régulières.

Depuis l'âge de dix-neuf ans, la malade souffre de maux d'estomac, probablement gastralgie nerveuse.

Au mois d'août 1898, la malade fit un effort, dit-elle, et se donna un coup dans le côté gauche. Depuis lors, elle a toujours souffert de ce côté, peu entre les règles, beaucoup plus vivement au moment de leur apparition.

Au mois d'avril 1899, la malade prit un refroidissement au premier jour de ses règles (25 avril), qu'elle vit s'arrêter brusquement.

Pendant trois semaines, la malade ressentit des douleurs très

aiguës du côté gauche et fut même obligée de garder le lit quelques jours.

Puis la malade eut un temps d'accalmie jusqu'à l'époque de la réapparition de ses règles (10 juin).

A partir de cette époque, les douleurs revinrent très vives et la malade dut rester sur une chaise longue du 1^{er} au 17 juillet.

Nouvelles règles très douloureuses vers le 25 juillet et durant huit jours comme dès le début.

Du 25 juillet au 15 août, légère accalmie. Depuis lors, douleurs continuelles et très vives.

Les douleurs siégeaient toujours au même point, dans le côté gauche, et étaient exaspérées par la moindre pression.

Examen. — Petites masses annexielles peu volumineuses des deux côtés, mais plus sensibles du côté gauche.

Diagnostic. — Salpingite bilatérale probable, à moins qu'il ne s'agisse d'un hématome ovarien à gauche.

Opération, le 6 octobre 1899. — Laparotomie.

Salpingite gauche bien nette, épaissement de la trompe, occlusion du pavillon, etc.

Résection des annexes gauches.

A droite, adhérences filamenteuses sur l'ovaire et autour du pavillon qui est fixe dans le Douglas.

Les adhérences sont détachées avec le doigt pour amener les annexes à la plaie. Le pavillon apparaît alors réouvert. Cathétérisme de la trompe qui est reconnue perméable.

On rentre le tout.

Pas de drainage.

Suites simples.

La malade quitte l'hôpital au bout de quinze jours, allant bien. Elle souffre encore un peu du côté gauche.

Nouvelles très bonnes au commencement de novembre, environ un mois après l'opération.

Résection simple des trompes.

OBSERVATION X (*in extenso*),

(Cas VI de Polk, *loc. cit.*)

Représente une femme qui avait été aussi victime de fréquents avortements dans les premiers mois de ses grossesses, les effets de compression d'ovaire augmenté de volume et adhérent étant, comme dans les cas IV et V, cause de ces accidents.

L'ovaire droit, très fortement augmenté de volume, était le siège d'un vaste hématome; l'ovaire gauche était normal, mais la trompe correspondante était devenue le siège d'un hématosalpinx.

Les annexes du côté droit furent enlevées. La portion dilatée de la trompe gauche fut excisée, laissant environ 1 pouce de la trompe sur ce côté, en même temps que l'ovaire qui, comme il a été dit, était normal (exception faite des restes d'adhérences qui furent enlevées).

↳ Environ deux ans après cette opération, la malade conçut et accoucha en temps voulu.

Elle a été récemment de nouveau enceinte, mais gênée par sa maternité, elle s'assura un avortement criminel.

Les six cas se sont tous présentés dans la pratique de l'écrivain et chacune des malades est en bonne santé.

OBSERVATION XI

(Cas VII, cité par Polk, observation de Baër¹.)

Se présenta dans la pratique de notre confrère le D^r Baër, et se trouve rapportée par lui dans les *Annales de gynécologie et de pédiatrie*, pages 231 et 232, janvier 1894.

Dans ce cas, l'utérus et les annexes semblaient avoir été réunis par de fortes adhérences.

Celles du côté gauche furent enlevées; celles du côté droit, après avoir été disséquées, étaient en lambeaux. La trompe avait été arrachée environ à 2 pouces de l'utérus.

Sur l'avis d'un assistant, cet ovaire et le restant de la trompe furent jugés capables de rester.

Quinze mois plus tard, la malade eut un enfant.

¹ Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer cette observation telle que Baër l'a rapportée.

OBSERVATION XII

(Mac Monagle, cité par Polk, id.)

Se rencontra dans la pratique d'un confrère, M. le Dr Monagle.

Il m'a permis de présenter ce cas en même temps que cette communication, et comme il n'a pas été publié jusqu'ici et qu'il est d'un intérêt frappant, je le présente d'après les notes de mon collègue.

M^{me} M. S. H., américaine, âgée de vingt-cinq ans. Réglée à quatorze ans, mariée depuis trois ans, jamais de grossesse, très désireuse d'avoir un enfant, consulta un gynécologue qui lui fit une dilatation graduelle du col utérin tous les deux jours pendant deux semaines. L'opération était très douloureuse et, à la dernière dilatation, les douleurs devinrent très fortes dans le bas-ventre du côté gauche.

Elle garda le lit avec des nausées, vomissements, grandes souffrances, distension abdominale, fièvre pendant six semaines, quand elle eut une débâcle de pus par le rectum, suivie d'un grand soulagement.

Durant les six mois suivants, elle resta une partie du temps dans son lit, se plaignant de douleurs, toujours soulagées par une débâcle de pus dans le rectum.

Octobre 1888. — Elle vint me voir, je la trouvai très émaciée, sueurs nocturnes, teint blême, pâle, digestion difficile, constipation, besoin fréquent d'uriner, un peu de ténesme, ventre aplati, partout marqué de vésicatoires et de cataplasmes, douloureux, sensible dans les deux régions iliaques; cœur et poumons normaux, urine normale, température 90 à 101 degrés Fahrenheit.

Ecoulement par le vagin et l'utérus de couleur jaunâtre et de mauvaise odeur; du pus et du sang dans les selles de temps en

temps. L'utérus est fixé; épaississement et sensibilité vers les ovaires et les trompes des deux côtés.

Ouverture de l'abdomen par une incision de 3 pouces et demi. On trouva l'épiploon adhérent à l'utérus et aux parties environnantes; un petit kyste sur la trompe et l'ovaire droit; adhérences très étendues de l'ovaire à l'intestin et au ligament large. L'extrémité frangée de la trompe était collée contre l'ovaire. On les sépara de l'intestin, etc., etc., on attira le kyste, l'ovaire et la trompe, et on les réunit tout près de l'utérus et profondément dans le ligament large. En essayant de séparer l'ovaire gauche et la trompe, on entra dans une petite collection (petit sac de pus) qui s'ouvrait dans l'intestin au niveau du bassin et il y eut une hémorragie abondante. Dans le but de l'arrêter, je nouai aussi profondément que je pus dans le ligament large avec un nœud spécial passant les extrémités de la boucle, tout près de la corne utérine et en dehors de l'ovaire. Quand ce fut bien fermé, je trouvai qu'il renfermait l'ovaire et l'extrémité frangée adhérente des trompes. Je pus cependant empêcher la ligature de glisser, alors j'enlevai la portion libre de la trompe, je fis une soigneuse toilette péritonéale, je mis la trompe dans un verre et je refermai l'incision.

La malade revint paisiblement à la santé et ne fut plus sous mes soins immédiats.

Cinq mois après l'opération, elle m'écrivit, et me disait qu'elle avait été réglée deux fois sans peine, les règles durant environ quatre jours.

En 1890, elle m'écrivit qu'elle n'était plus réglée depuis quatre mois, qu'elle avait une douleur dans le bassin et beaucoup d'irritation dans la vessie, nausées et vomissements, qu'elle était devenue plus grosse particulièrement vers le bas-ventre.

Elle vint me voir et, en l'examinant, je trouvai tous les symptômes d'une grossesse et je pus découvrir le cœur fœtal.

Elle retourna à la campagne et, en temps voulu, elle donna naissance à une fille pleine de santé et bien constituée. Le travail fut pénible, environ vingt-quatre heures, mais l'enfant fut extrait sans instrument.

Salpingostomie.

OBSERVATION XIII (*in extenso*).

Skutsch d'Iéna, *Centralblatt für Gynecologie*, n° 32, p. 565, 1889).

Dans un article intitulé : *Contribution à la thérapeutique chirurgicale de la trompe* (compte rendu du 3^e congrès de la Société allemande de gynécologie, tenu à Fribourg les 12 et 14 juin 1889).

Dans le plus grand nombre des cas d'affections salpingiennes bilatérales, la thérapeutique rationnelle consiste dans l'ablation des annexes. Cependant, dans nombre de cas il peut être possible de rechercher une opération conservatrice. En voici du reste un exemple :

Une jeune femme de vingt-huit ans vient consulter pour sa stérilité et de violentes douleurs dans le bas-ventre.

A l'examen, on constate un utérus de forme normale en antéflexion normale. Le canal cervical n'est pas rétréci, l'ovaire gauche est de dimensions normales ; la trompe gauche, que l'on peut suivre à partir de la corne utérine, s'épaissit plus en dehors et se termine par une tuméfaction globuleuse présentant une certaine tension ; il en est de même du côté droit, où l'ovaire est de volume normal et la trompe renflée, tendue, épaissie, et se terminant par tuméfaction globulaire rénitente.

Le diagnostic qui se posait était : oblitération des deux trompes à l'orifice abdominal et hydro-salpinx bilatéral.

L'indication opératoire était non pas d'extirper les deux trompes

malades, mais bien d'en évacuer le contenu et de créer un orifice artificiel au niveau de leur extrémité abdominale.

Par la laparotomie, le diagnostic est complètement vérifié; on commence par le côté gauche pour s'occuper du côté droit ensuite.

Avec une seringue de Pravaz, on fait une ponction pour examiner le contenu de la trompe et l'on retire un liquide séreux, limpide et citrin.

On incise alors l'extrémité ampullaire, on fait écouler le contenu, et l'on excise un petit fragment ovalaire de 1 centimètre carré environ sur la paroi. A l'aide d'une suture à la soie fine, on réunit circulairement la muqueuse tubaire à la séreuse.

Par l'orifice non fermé, on pouvait introduire facilement une sonde fine jusque dans l'utérus, et cela des deux côtés.

Suites simples. Pas de fièvre.

Depuis le jour de l'opération, la femme fut délivrée de ses douleurs.

L'auteur propose pour cette opération le nom de *salpingostomie*.

Pour une trompe pleine de pus, il eût été bien risqué de recourir à une telle conduite. Dans ce cas, on pourrait penser à suturer l'extrémité de l'orifice tubaire à la paroi abdominale, l'ouvrir, et après guérison du catharre suppuré de la trompe, la détacher à nouveau et la réintégrer à sa place normale.

Il faudrait considérer aussi si l'on devrait suturer l'orifice nouveau à l'ovaire. Skutsch trouve dans la littérature des opérations semblables de Schroeder, Wallace, Martin.

La justification complète de cette opération décrite résulterait de l'apparition d'une conception.

La salpingostomie ne peut pas encore être reconnue comme une opération dont on soit absolument sûr. L'expérience pourra apporter une décision.

En tout cas, il est rationnel d'avancer dans cette voie conservatrice. On peut l'estimer légitime et méritant de nouvelles recherches.

OBSERVATION XIV

(Martin, *Centralblatt für Gynæcologie*, mai 1889.)

Ovaro-salpingite chronique droite. — Hydrosalpinx gauche.
— Ablation à droite. — Conservation à gauche. — Avortement ultérieur.

Femme âgée de quarante-deux ans.

Diagnostic. — Oophorosalpingite chronique du côté droit.

Opérée le 20 octobre 1888.

Ablation des annexes du côté droit.

Résection de la trompe gauche qui formait un hydrosalpinx.

Guérison.

Suites. — Menstruation normale.

Un avortement au troisième mois, en avril 1890.

Règles fortes et abondantes depuis son avortement.

OBSERVATION XV

(Delbet, *in* thèse Chavin, Paris, 1896.)

Salpingite catarrhale gauche. — Laparotomie. — Ablation des annexes gauches. — Salpingostomie à droite. — Guérison. — Grossesse et accouchement ultérieurs.

M. W..., vingt-sept ans, entrée le 28 juillet 1893 à l'hôpital de la Charité.

La malade entre à l'hôpital souffrant du ventre. On diagnostique une salpingite double.

La malade consent à être opérée, mais demande instamment à ce qu'on lui conserve la possibilité de devenir enceinte.

Laparotomie le 6 septembre.

Ablation des annexes gauches ; trompe rouge épaissie, adhérente, ovaire scléro-kystique.

A droite les annexes sont laissées en place.

La trompe étant fermée, on pratique la salpingostomie.

Suites opératoires. — Bonnes. Elévation de température à 38 degrés pendant quatre jours.

La malade sort le 3 octobre, guérie.

Revue plusieurs fois depuis son départ.

Résultats éloignés, 30 avril 1894. — La malade écrit qu'elle est enceinte.

21 janvier 1896. — La malade a eu un enfant qu'elle a nourri et qui est actuellement très bien portant.

Elle est elle même en très bonne santé. Les règles sont régulières, non douloureuses, elle dit avoir eu de légères douleurs du côté droit, mais on ne peut pas tenir compte de ces rares douleurs dont elle se plaint du côté droit, car elle écrit elle-même : « Mon côté droit ne me fait presque jamais mal. »

OBSERVATION XVI (M. Legueu.)

Salpingite catarrhale et ovaires scléro-kystiques bilatéraux. — Ignipuncture et salpingostomie des deux côtes. — Grossesse.

L. N..., vingt-trois ans, célibataire.

Examen. — A l'examen, on trouve l'utérus en rétroversion. Le col est petit et situé en avant, le fond de l'utérus est dévié légèrement à droite.

Dans les culs-de-sac latéraux on trouve les annexes grosses et douloureuses.

Diagnostic. — Salpingite catarrhale et ovaires scléro-kystiques bilatéraux.

M. Legueu fait la laparotomie le 25 février 1896. On trouve les ovaires scléro-kystiques des deux côtés et les trompes oblitérées, mais non kystiques.

On fait l'ignipuncture sur les ovaires des deux côtés et l'on ouvre au thermocautère un grand nombre de petits kystes. On suture la trompe de chaque côté à l'ovaire correspondant après avoir fait la salpingostomie, et on fixe l'utérus à la paroi abdominale (hystéropexie).

Suites opératoires. — Très bonnes. La malade sort guérie; les règles sont revenues au moment de sortir de l'hôpital, sans douleur.

Suites éloignées. — Revue en décembre 1896. Elle est enceinte de huit mois et demi. La grossesse a été normale et elle n'a pas souffert, à part quelques tiraillements douloureux au niveau de la cicatrice abdominale et des envies fréquentes d'uriner.

La vessie ne se vide que par regorgement.

OBSERVATION XVII

(De M. Richelot, *in* thèse Montana.)

Salpingo-ovarite bilatérale. — Nombreuses adhérences. — Cause douteuse. — Ablation à gauche. — Ignipuncture et suture tubo-ovarienne à droite. — Salpingostomie. — Hystérectomie vaginale.

D... Anna, femme âgée de vingt-six ans, célibataire.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels. — Jamais de maladies sérieuses. Règles régulières durant huit jours. Pas d'enfants ni de fausse couche.

La maladie actuelle a débuté, il y a deux ans, au moment des règles.

Elle a eu des douleurs dans le ventre, surtout à gauche, et des métrorragies qui se sont prolongées pendant trois mois, puis les hémorrhagies sont devenues moins fréquentes et moins abondantes, mais les douleurs ont augmenté, au point que tout travail lui est devenu impossible.

Examen : utérus normal?

Dans le cul-de-sac gauche, on sent une masse mobile, très douloureuse au doigt.

A droite, on trouve aussi les annexes un peu augmentées de volume, mais indolentes.

Douleur spontanée et à la pression dans toute la région hypogastrique, mais plus marquée à gauche, avec irradiation lombaire.

Pertes blanches abondantes.

Etat général bon.

Laparotomie le 18 mars 1897.

On trouve :

A droite, ovaire très polykistique, gros kyste du corps jaune. On ouvre le kyste au thermo cautère, on racle à la curette, et on ferme avec trois points de suture au catgut. Sur le reste de l'ovaire on applique plusieurs points d'ignipuncture.

La trompe est congestionnée, grosse, demi-parenchymateuse, avec le pavillon complètement oblitéré.

On ouvre le pavillon au bistouri, on assure l'hémostase avec des points au catgut, et, par trois points de suture au catgut, on fixe le pavillon en l'appliquant sur une partie à peu près saine de l'ovaire.

A gauche : Ovaire et trompe très dégénérés, la conservation est impossible, on fait l'ablation.

Il existait de fortes adhérences de péri-ovarite, aussi bien à droite qu'à gauche.

Utérus congestionné et gros.

Observation. — Les lésions dans ces cas étaient plus étendues que l'examen ne le faisait prévoir.

Suites opératoires. — La guérison se fait sans accident.

Suites éloignées. — La malade revient à l'hôpital le 24 mai 1897.

Elle n'a retiré aucun profit de l'opération, les douleurs et les métrorrhagies ont continué comme précédemment.

La malade réclame une nouvelle intervention.

A l'examen, on trouve : utérus gros et douloureux ; cul-de-sac gauche légèrement douloureux, ainsi que le cul-de-sac droit, où l'on sent un empâtement.

Etat général bon.

M. Richelot, en vue de ces lésions, intervient une deuxième fois et fait l'hystérectomie vaginale qui ne présente aucune difficulté.

Les annexes droites sont volumineuses, la trompe parenchymateuse.

OBSERVATION XVIII

(M. Schwartz, in thèse Montana.)

Rétroversion. — Hématosalpinx à gauche. — Deux pavillons supplémentaires. — Kyste Wolffien à droite. — Racourcissement des ligaments ronds. — Salpingostomie. — Résection des kystes Wolffiens à droite.

Léonie S..., âgée de vingt-trois ans.

Antécédents héréditaires. — Rien d'important.

Antécédents personnels. — Réglée à quatorze ans régulièrement. Durée des règles quatre jours, douloureuses jusqu'avant son mariage.

Deux enfants, le premier il y a cinq ans, le deuxième il y a deux ans et demi.

Souffre depuis deux ans et beaucoup plus depuis dix-huit mois. L'année dernière une métrorrhagie qui l'a forcée à rester deux mois au lit ; depuis le mois de janvier de cette année, elle perd du sang continuellement, et c'est pour cela qu'elle vient à l'hôpital.

Examen. — Annexes collées à la paroi postérieure de l'utérus. Salpingite gauche. Rétroversion utérine mobile.

Laparotomie le 20 mars.

Trompe gauche très souple, elle présente une petite hémorragie tubaire que l'on a vidée, et on suture avec de la soie fine ; le reste de la trompe est sain, on le conserve.

L'ovaire de ce côté présente trois petits kystes, que l'on ouvre avec le thermocautère. Conservation.

La trompe droite présente deux pavillons supplémentaires et un kyste Wolffien à parois très minces et à contenu séro-sanguin. On enlève le kyste et on conserve l'ovaire de la trompe. Pour la

rétroversion, on fait le raccourcissement à la soie des ligaments ronds. L'utérus se trouve subitement fixé.

Suites opératoires. — Normales. Elle sort le 13 avril en parfait état de santé.

Revue en juillet 1897. Utérus en bonne position. Annexes saines, un peu de métrite. On fait des lavages et des tamponnements.

Revue en juin 1898. Excellente santé, ne souffre plus. Règles normales, plus d'hémorragies. Pas de grossesse ni de fausse couche.

Revue le 5 février 1899. Va très bien.

Quelques désordres dyseptiques qui existaient déjà avant l'opération.

Pas de grossesse ni de fausse couche.

Deux jours avant le moment de ses règles, elle a quelques bouffées de chaleur. Elle dit qu'elle est un peu plus nerveuse qu'avant l'opération. Maux de tête fréquents.

Elle peut vaquer à ses occupations (marchand de vins), et quoique très fatiguée, ne souffre plus.

En résumé, excellent résultat.

OBSERVATION XIX (personnelle).

(Service de M. Goullioud.)

Epanchement séreux du Douglas. Pelvi-péritonite.

Première opération. — *Débridement de Laroyenne. Lésions bilatérales. Essai de débridement des trompes.*

Deuxième opération. — *Ablation unilatérale des annexes à gauche. Salpingostomie à droite.*

Antonia R., vingt-cinq ans, salle Sainte-Anne, n° 7.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — La malade ne se rappelle pas avoir été malade.

Réglée à quatorze ans, avance toujours de cinq à six jours.

Il y a sept ans, accouchement. Grossesse normale, accouchement facile.

L'année dernière, dyspepsie légère.

Constipation habituelle. Pertes blanches habituelles, sans augmentation les jours avant le début de la maladie.

Aux environs du 14 juillet, deux ou trois jours après les règles, subitement douleur vive dans le bas-ventre, le matin au réveil. Toute la journée, elle eut des douleurs se renouvelant à quelques minutes d'intervalle. Elle resta deux à trois jours avant de faire appeler un médecin.

Les règles n'avaient pas eu l'abondance habituelle, et la malade mit son affection sur le compte des règles.

Le médecin consulté donna d'abord quelques remèdes et conseilla le repos au lit.

Après avoir vu la malade, vendredi dernier, 29 juillet, il constata la présence d'une grosseur et conseilla à la malade d'entrer à l'hôpital.

Actuellement, elle a, de temps à autre, des douleurs dans le ventre, mais les violentes coliques ne se sont pas reproduites.

Dans le décubitus dorsal, la malade a de la peine à étendre la jambe gauche. Il lui semble que quelque chose tire au niveau du pli de l'aîne. Pas de pertes pour le moment.

Examen : Au toucher, col utérin petit, porté contre le pubis, refoulé par une tumeur liquide qui bombe dans le Douglas. Par le palper bimanuel, on constate qu'il semble que l'utérus est plaqué contre le pubis, qu'il n'est pas augmenté de volume, et qu'il y a à gauche une tumeur liquide légèrement mobile, dont la partie supérieure fait l'effet d'une induration inflammatoire. Induration analogue, quoique moins nette à droite. En résumé, tumeur liquide, probablement inflammatoire, occupant l'excavation et refoulant l'utérus en avant.

L'hystérométrie, 7 centimètres, permet d'affirmer la position antérieure de l'utérus.

Examen vagino-recto-abdominal.

Grosse collection occupant le cul-de-sac postérieur et bombant dans le rectum.

Fluctuation très nette.

Quelques gouttes de colostrum.

6 août. — On doit opérer la malade. Ses règles arrivent, on la réserve pour un autre jour.

9 août. — *Opération* par M. Goullioud, anesthésie à l'éther sans incident.

Ponction au trocart de Laroyenne. Ecoulement d'un verre au moins de sérosité péritonéale.

Il est manifeste qu'on a ouvert une poche de péritonite enkystée séreuse.

On sent très nettement de chaque côté une masse annexielle formée par adhérence de la trompe et de l'ovaire, mais sans poche, sans pyosalpinx.

On voudrait cependant ouvrir les trompes. Sur les masses annexielles, on cherche les points les plus épais, on enfonce la pointe du trocart sous la canule, puis on dilacère avec le trocart de Laroyenne.

Est-on entré dans la trompe, dans l'ovaire ou entre des adhérences, on ne saurait l'affirmer (petites cavités logeant la pulpe de l'index).

Une mèche de gaze iodoformée dans chaque point. Pas d'éponge.

Les *suites immédiates* ont été simples. A la diminution rapide de la collection du Douglas, on avait soupçonné sa véritable nature. Et c'est le désir de lui éviter peut-être une opération mutilatrice (vingt-cinq ans) qui a triomphé d'une dernière hésitation, à attendre pour opérer à froid.

7 octobre. — La malade partie revient.

On sent une tuméfaction des annexes gauches. M. Gouilloud propose une castration du côté gauche. On conseille à la malade de rentrer à l'hôpital.

Examen. — On sent une tuméfaction des annexes gauches (grosueur d'une très petite mandarine), quelques jours de repos l'ont encore diminuée.

5 novembre. — *Opération.* — Incision moyenne. Petites brides graisseuses sur le fond de l'utérus.

On attire les annexes du côté droit, les moins malades. Les quelques brides qui les fixent au bassin, cèdent aisément et les annexes viennent à la plaie. Le pavillon est bouché, la trompe longue et flexueuse, mais pas de rétention importante.

L'ovaire plutôt petit, couvert de quelques adhérences sous lesquelles quelques petits kystes. On dénude l'ovaire sur 1 centimètre carré environ. Section de la trompe vers son tiers externe.

On fait un nouveau pavillon, deux points muco-séreux à la soie fine, ligature d'une petite artère au-dessous de la partie réséquée de la trompe. Ablation des annexes gauches.

Lésions typiques de salpingite d'intensité moyenne, avec fusion de la trompe et de l'ovaire, sans distension importante.

Triple étage de suture.

Les intestins ont été bien protégés par des éponges.

Trente-cinq minutes de durée.

L'ablation des annexes gauches a été des plus faciles, malgré le débridement du Laroyenne antérieur. Mais il est probable qu'il n'avait pas ouvert les trompes.

14 novembre. — Ablation des fils, bonne réunion ; au point déclive, hématome, débridement avec la sonde cannelée.

12 décembre 1898. — Vient à la consultation.

Va bien, quoique ayant encore un peu de sensibilité du côté gauche. Il est très remarquable que du côté de la salpingostomie, elle n'ait aucune sensibilité. Le côté droit est plus souple que le côté gauche.

La sensibilité passagère et la résistance du côté gauche sont dues à la cicatrice de ce côté.

Les règles ont été un peu douloureuses.

10 avril 1899. — Mêmes remarques que ci-dessus, avec amélioration notable par diminution des douleurs. Perd un peu en rouge entre les règles. Teinture d'hydrastis.

3 juillet 1899. — Règles pas très régulières.

La malade a encore de petites pertes rouges trois ou quatre fois par mois.

Souffre un peu des deux côtés, mais surtout du côté gauche.

(Piqueuse de bottines à la machine, mais non à pédales, fait des journées de dix heures sans s'arrêter.)

Au toucher, à gauche, on sent une petite bride transversale.

A droite, on a une petite tuméfaction mobile sous les doigts, grosse comme une noix.

Suites éloignées. — 17 septembre 1899. La malade ne va pas mal. Elle est revenue sur appel. Elle peut travailler très facilement, elle est satisfaite du résultat obtenu ; cependant, quand elle fatigue trop, elle éprouve une légère douleur sur les côtés du ventre, comme la plupart des opérées.

L'utérus est en bonne position avec quelques glaires à l'ouverture du col.

Quand on l'interroge pour savoir si un côté est plus sensible que l'autre, elle dit que c'est à peu près la même chose des deux côtés, mais elle souffre très peu, douleurs bien moins vives.

Au toucher, on constate un peu plus de sensibilité au palper du ligament large gauche que du côté droit.

A gauche, on sent davantage la cicatrice opératoire. Du côté droit qui est plus souple, il n'y a pas de récurrence de salpingite.

Pas de grossesse. Pas de mariage.

Les règles, qui sont revenues tout de suite après l'opération, reviennent actuellement en avançant un peu, tous les vingt-cinq jours environ. Elle souffre un peu en ce moment.

Revue en octobre. Etat toujours le même aussi satisfaisant. En somme, résultat excellent.

20 novembre. — Malade revue à la consultation gratuite. Même état. Contente du résultat.

OBSERVATION XX (Personnelle).

(Du service de M. Goullioud.)

Salpingite très légère. Ablation des annexes gauches.

Salpingostomie à droite.

M... G., vingt-six ans, salle Sainte-Anne n° 8.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de suites de couches, père bien portant. Deux sœurs et un frère en bonne santé.

Antécédents personnels. — A quatre ans et demi, petite vérole, pas d'autre maladie.

Réglée à dix-huit ans, assez régulièrement.

Mariée à vingt ans, un enfant neuf mois et demi après.

Pendant toute la grossesse, maux de ventre fréquents.

Accouchement à terme normal.

La malade n'eut pas de règles avant le huitième mois qui suivit son accouchement.

Pendant tout ce temps, la malade souffrait des reins et du ventre.

La malade s'étant heurtée contre une table, eut d'assez vives douleurs et vit commencer le lendemain une perte qui dura une huitaine de jours, comme si c'était le moment de ses règles. Elle perdit des caillots ; peut-être fausse couche à ce moment. Depuis, les règles retardent toujours de cinq à six jours.

La malade a, de plus, depuis l'âge de douze ans, des pertes blanches assez abondantes. Douleurs vives en urinant. Au moment de la miction, la malade est obligée de faire des efforts assez consi-

dérables. Elle a de fréquents besoins d'uriner et fait peu à la fois.

Les selles reviennent tous les deux jours.

Actuellement, la malade ne se plaint que de son ventre et de ses reins : la malade souffre aussi bien en étant couchée sur le dos que sur le ventre.

Examen. — Au toucher, arcade pubienne un peu serrée.

Utérus en latéro-position, le col regarde à droite.

L'utérus est très mobile.

Dans le cul de-sac droit, on sent facilement la trompe qui roule sous le doigt et donne à la malade la sensation de piquûre d'aiguilles. Rien dans le Douglas, dans le cul de-sac gauche la pression ne réveille pas de douleurs.

La palpation combinée au toucher fait percevoir dans le fond de l'utérus une saillie globulaire arrondie, dont la pression provoque une assez vive douleur.

Le fond remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis.

11 juillet. — Annexes droites douloureuses, pas augmentées de volume. On met un topique à gauche.

29 juillet. — La malade a un retard de règles de bientôt deux mois.

30 juillet. — Les règles sont revenues.

3 août. — Nouvel examen.

Fond de l'utérus un peu gros, sans importance; on sent manifestement, en palpant par l'abdomen, les annexes gauches augmentées de volume, douloureuses et fixées.

On propose une intervention.

Du côté droit on provoque de la douleur. Si la trompe est malade, elle le serait moins. Il faudrait une opération conservatrice.

Opération 3 août, par M. Goullioud. — Anesthésie, éther, sans incident.

Laparotomie médiane. Protection de l'intestin par de grandes compresses.

Résection d'abord des annexes gauches. Pavillon obturé, quelques gouttes de sérosité dans la trompe légèrement serpentine ; on thermocautérise la surface de section.

A droite, il y a la même lésion, occlusion du pavillon. Mais la

trompe est moins distendue, la malade souffrait moins de ce côté.

Trompe à pavillon fermé, quelques légères adhérences péri-tubaires.

On résèque le pavillon, une pince sur les vaisseaux au-dessous de la trompe coupée.

On repère la muqueuse tubaire qui tend à faire hernie, avec quatre pinces hémostatiques.

On a fait quatre points de suture à la soie fine, réunissant la muqueuse tubaire à la séreuse correspondante.

On a ainsi un pavillon qui tombe à côté de l'ovaire, à peu près débarrassé de ses adhérences.

On fait les trois sutures habituelles de la paroi, sans drainage.

Une grossesse n'aurait rien de bien surprenant, mais serait très remarquable; il est probable, en effet, que cette femme était vouée à la stérilité, sans qu'on puisse l'affirmer. On ne sait pas, en effet, si le retour de la perméabilité tubaire est impossible après l'occlusion du pavillon.

Les suites ont été simples.

29 août 1898. — La malade, pendant les suites, d'ailleurs normales, de son opération, s'est plainte plus du côté gauche (ablation) que du côté droit (salpingostomie).

Revue le 22 septembre 1899. La santé de la malade est, d'après elle, bien meilleure qu'avant l'opération, mais elle souffre encore un peu du côté gauche du bas-ventre; ces douleurs, parfois vives, ont à peu près le même caractère que celles qu'elle éprouvait avant d'être opérée : élancements s'irradiant vers les reins, ou bien sensation de pesanteur toujours du même côté.

Elle se plaint en même temps de faiblesse dans tout le côté gauche du corps, aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Elle a aussi fréquemment des crampes aux jambes et aux pieds. Elle ne se plaint que rarement de maux de tête, qui sont, du reste, de courte durée et peu intenses.

Les règles sont régulières, elles durent huit à dix jours.

Elle a encore des pertes blanches assez abondantes; quand celles-ci font défaut, elle souffre davantage.

Très bon résultat.

OBSERVATIONS XXI (Personnelle.)

(Du service de M. Goullioud.)

*Salpingite double ancienne. — Salpingostomie à droite. —
Salpingectomie à gauche. — Salpingite dans une poche de
péritonite enkystée.*

M. M..., vingt-sept ans, tisseuse, salle Sainte-Anne, n° 4.

Antécédents héréditaires. — La malade a encore son père, âgé de soixante ans, et sa mère âgée de cinquante-sept ans, tous deux en bonne santé, n'ayant jamais été malades.

Elle a deux sœurs et un frère en très bonne santé. Une autre de ses sœurs a fait un séjour à l'hôpital Saint-Joseph l'année dernière et y a été opérée.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole en bas âge, rhumes sans gravité à différentes époques.

Réglée à treize ans, toujours régulièrement depuis. A quinze ans, la malade eut une période d'anémie, mais sans retard ni suppression de règles.

Traitée par des préparations ferrugineuses et des reconstituants. Cet état de faiblesse et d'anémie dure environ deux ans jusqu'à l'âge de dix-sept ans.

A cette époque, la malade commença à reprendre des forces et put travailler comme avant sa maladie.

Depuis cette époque elle se porta très bien, sauf de temps en temps quelques malaises passagers, et principalement des troubles digestifs.

Mariée à vingt-quatre ans, c'est-à-dire il y a quatre ans.

Pas de conception reconnue.

Le début de l'affection dont elle se plaint remonterait aux pre-

miers mois après son mariage. Elle n'a pas eu de retard de règles.

Elle souffre donc depuis longtemps du côté gauche ; elle éprouvait de ce côté, dit-elle, des lancées très douloureuses et des tiraillements. Ces douleurs se manifestaient à la suite d'un effort et de préférence à certains moments de la journée, le soir par exemple. Tout récemment, c'est-à-dire depuis trois semaines à peu près, l'affection s'affirma davantage et se précisa. La malade était occupée à tisser et faisait un travail un peu plus fatigant qu'à l'ordinaire, lorsqu'elle éprouva, tout à coup, une vive douleur au niveau des annexes gauches. La crise ne dura que peu de temps ; mais la malade dut cependant garder le lit pendant deux jours. Elle prit, sur l'avis d'un médecin consulté, des injections d'eau très chaude et appliqua des suppositoires glycérinés. Le traitement ne produisit qu'un effet momentané et la malade continua à souffrir au niveau des annexes gauches et à propos des moindres efforts. Peu à peu cependant les douleurs se calmèrent, et actuellement elle ne souffre que très peu et assez rarement.

Elle vient à l'hôpital pour solliciter une intervention s'il y a lieu.

A l'examen, on constate :

Un utérus en antéflexion normale et refoulé légèrement à droite. Dans le cul-de-sac gauche, on sent une induration, on arrive par le palper abdominal à sentir également une masse inflammatoire au niveau des annexes gauches et du volume d'un œuf.

Diagnostic avant l'intervention : grosse salpingite gauche, déjà ancienne, à opérer. Pas de collection à ponctionner.

Rien de net à droite.

Opération. — 2 mai. Anesthésie à l'éther.

Laparotomie sous-ombilicale médiane comme à l'ordinaire.

On s'attaque d'abord aux annexes droites. Le pavillon est adhérent, on le décolle et on amène à la plaie trompe et ovaire.

La trompe est distendue par du liquide séreux, au point d'avoir le calibre d'un petit doigt au moins.

Sur des compresses isolantes, on resèque le pavillon, du liquide

séreux s'écoule : on verse quelques gouttes de sublimé dans la cavité tubaire. Deux ou trois ligatures au catgut chromique sur de petites artérioles.

On fait ensuite une salpingostomie, en éversant simplement la muqueuse tubaire sur la séreuse. On fait alors quatre ou cinq points de suture séro-muqueuse et l'on abandonne le pavillon ainsi traité, il tombe dans le Douglas près de l'ovaire.

A gauche, les lésions sont plus importantes ; poches séreuses, cloisonnées, kystiques, péritonéales : on entre dans l'une d'elles, la trompe a son pavillon bouché, avec un hydrosalpinx. De ce côté on résèque les annexes.

Toilette péritonéale avec des tampons mouillés. Pas de drainage, suture de la paroi à triple étage.

Les suites ont été simples, la température n'a jamais dépassé 38.

22 mai. — La malade quitte l'hôpital ne se plaignant pas et allant bien.

19 juin. — La malade revient à la consultation et se trouve en très bon état. Elle pourrait travailler au besoin.

Un côté paraît aussi bien guéri que l'autre.

Les règles sont venues à l'époque habituelle, un peu plus abondantes, mais ont duré le même temps.

Au toucher, on sent à gauche la cicatrice profonde de toute castration, et à droite le cul-de-sac est plus large et plus souple et on sent les annexes au-dessus.

15 septembre 1899. — Vient se montrer sur appel : la ligne de suture abdominale est parfaite. Utérus en bonne situation, pas gros. A gauche, rien d'anormal, pas de sensibilité anormale, de même à droite. On sent, à la rigueur, la bride cicatricielle à gauche, résistance profonde au niveau du ligament large. On sent mal les annexes à droite, pas de résistance de ce côté.

En somme, rien d'anormal.

Les règles avancent de huit jours à peu près chaque fois. Pas plus douloureuses qu'avant son opération. Elle n'a jamais eu de douleurs.

Douleur. — A peine un peu plus de sensibilité du côté droit, due à son travail qui fatigue davantage de ce côté.

L'état général est excellent. Digestion cependant quelquefois un peu difficile, jamais de vomissement ; n'a plus eu de maux de tête depuis qu'elle a été opérée.

Moral excellent.

En somme, très bon résultat.

Salpingo-ovaro-syndèse

OBSERVATION XXII (Gersuny ¹)

Une femme de vingt-cinq ans, réglée régulièrement depuis l'âge de dix-sept ans, mariée depuis cinq ans, n'avait encore jamais été enceinte.

10 avril 1895. On lui proposa une ovariectomie ; on avait remarqué, depuis quelque temps, une tumeur plus grosse qu'une tête fœtale et qui se présenta, pendant l'opération, comme un kyste tubo ovarien du côté gauche.

Après en avoir terminé l'extirpation, j'explorai l'utérus et les annexes du côté droit.

L'utérus et l'ovaire étaient normaux. La trompe qui, près de la corne utérine, avait des dimensions normales, s'élargissait et se terminait comme un sac de la grosseur d'une noix. Dans le bassin, à peine un reste de péritonite.

Que faire ?

A ce moment, je revis dans mon esprit, avec la rapidité de l'éclair, toutes les idées que m'avait suggérées la lecture de la description d'une opération de Martin pour hydrosalpinx. Je commençai par y réfléchir, puis je finis par m'imaginer ce que je pouvais réaliser dans le cas présent.

J'incisai le sac tubulaire sur le côté attenant à l'ovaire. Il s'écoula alors du sang foncé et fluide ; on pouvait voir la surface interne du sac qui paraissait revêtue d'une muqueuse mince et lisse.

J'attirai suffisamment la trompe vidée, sans trop de tiraillement, et je poussai l'ovaire à travers le trou que j'avais ouvert dans le sac et le fixai avec six points à la soie fine qui traversaient

¹ R. Gersuny, article intitulé : Une opération pour oblitération tubaire (*Centralblatt für Gynecologie*, 1896),

les bords de section du sac, sans pénétrer profondément dans l'ovaire, tout près du mésovaire.

L'ovaire se trouvait alors couché dans la trompe, à l'exception d'une petite partie de sa surface. On referme ensuite l'abdomen. L'inclusion de l'ovaire dans le sac était une expérience dont le résultat était problématique. A l'ovulation, l'œuf devait bien passer dans la trompe, mais la question était de savoir si, jusque dans le voisinage de l'utérus, la trompe était perméable (je n'avais pas fait le cathétérisme) ou si elle le deviendrait ; si tel n'était pas le cas, l'inclusion de l'ovaire dans la trompe n'était pas utile. Cependant, si l'ostium uterinum était ouvert, ou si la communication se faisait, plus tard, une conception serait possible. Mais peut être une grossesse tubaire aurait-elle été la conséquence de cette manière de faire.

Une autre question se posait, mais qui devait encore rester sans réponse. Comment se comporterait l'ovaire ?

Comment un organe, qui est libre dans la cavité péritonéale, supporterait-il l'inclusion, dans un sac tapissé de muqueuse.

A toutes ces questions, nous ne pourrions trouver une solution que par la recherche sur la femme et je la considère comme légitime. Et combien de femmes stériles s'exposeraient à une intervention, même des plus graves, si on pouvait leur donner une simple espérance que la cause de leur stérilité serait supprimée ; et où y a-t-il danger dans notre tentative, si ce n'est dans la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Mais les conditions de développement de celle-ci sont trop peu connues pour qu'on puisse affirmer, dans un cas quelconque, qu'elles existent ou qu'elles font défaut.

Les suites opératoires furent les suivantes : trois semaines après l'opération, la malade sortit guérie du Rudolfinerhouse.

Au commencement du mois de juin, elle eut ses règles pour la première fois, puis deux fois, au commencement de juillet et d'août, pas de nouveau.

Le 25 novembre je la vis pleine de santé et elle se trouvait tout à fait bien.

Elle s'apercevait seulement du gonflement des seins et se plaignait que son ventre avait augmenté de volume et que ses vêtements devenaient trop étroits. Je trouvai ses seins gonflés et

la cicatrice opératoire de teinte violet foncé. L'urus, globuleux, avait le volume d'une grosse orange. Le fond était palpable à la main, au-dessus de la symphyse, le col court, rien d'anormal ; rien du côté des annexes, ni du côté de l'utérus.

On avait l'impression d'une grossesse normale, au milieu du quatrième mois.

S'il en est vraiment ainsi (et il n'y a aucune raison d'en douter), cette expérience doit être considérée comme bien fondée. Elle prouve qu'une trompe peut revenir à nouveau à sa fonction normale d'oviducte et qu'un ovaire, par l'inclusion dans une trompe, n'est pas gêné dans sa fonction ou ne l'est que pendant peu de temps.

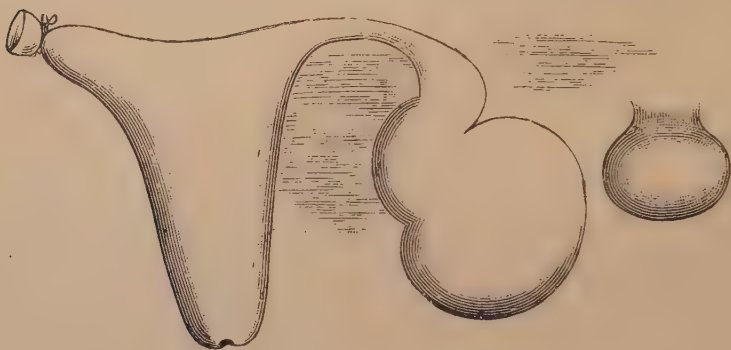


FIG. 4. — Annexes avant l'opération.
(D'après Gersuny).

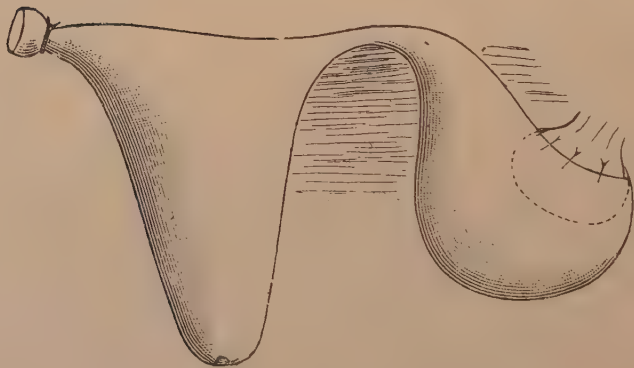


FIG. 5. — Annexes après l'opération.
(D'après Gersuny).

OBSERVATION XXIII (Clado ¹).

A. W..., âgée de trente ans, profession de ménagère, lit n° 19.

Antécédents héréditaires. — Père mort de paralysie, mère, frères, sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole à six ans. Rhumatisme articulaire aigu il y a cinq ans : la malade garda le lit pendant deux mois.

Réglée à douze ans régulièrement.

A vingt ans, premier accouchement de huit mois : l'enfant naît vivant, mais meurt au bout de sept mois. L'accouchement s'est bien passé mais la malade se lève au bout de six jours et se met à faire son ménage. Les règles reviennent neuf mois après.

Histoire. — Depuis huit mois, la malade souffre dans le côté gauche du ventre : la douleur lui rend la marche et la station debout très gênantes.

Les règles, toujours régulières, sont très douloureuses. Le sang qu'elle perd forme un liquide filant, couleur jus de groseille, empesant le linge et d'odeur désagréable.

En dehors des époques, elle perd en blanc.

Depuis huit mois, elle a de la difficulté pour uriner, et éprouve une sensation de brûlure pendant la miction.

Pas de constipation. L'appétit a diminué : la malade ne digère pas bien, a souvent des renvois et s'amaigrit.

Depuis trois ans elle tousse : sa toux revient par crises.

Examen. — Palper très douloureux à gauche, mais ne donne pas la sensation d'empâtement ni de tumeur. Tympanisme.

Toucher. — Douloureux, surtout à gauche.

¹ Clado, thèse Ayroles, Paris 1899.

Col gros, dur, reporté en arrière.

Corps de l'utérus en avant.

Utérus augmenté de volume : mobile et douloureux à l'ébranlement.

Ovaire du côté droit est à sa place normale, douloureux.

Trompe du côté droit prolabée dans le cul-de-sac postérieur, douloureuse, augmentée de volume.

Annexes gauches également engorgées.

Opération. — Le 7 janvier. Laparotomie.

Des adhérences peu solides unissent les annexes au péritoine.

A gauche. — Ovaire très gros, tout bleuâtre, couvert de kystes.

En conséquence, les annexes gauches sont sacrifiées : on les enlève par le procédé ordinaire, après double ligature sur le pédicule.

A droite. — On enlève la partie externe de la trompe. On explore avec un stylet la partie interne, environ les deux tiers que l'on conservera; elle est perméable.

On incise sur une sonde cannelée le bord inférieur, en sorte que la trompe s'étale en un cornet où l'on enferme au moins la moitié de l'ovaire. On fait la salpingo ovaro-syndèse, avec l'aiguille à suture intestinale et du fil de catgut, en commençant par l'angle interne de l'ovaire.

Suture abdominale en huit, à deux plans, avec le même fil.

OBSERVATION XXIV (Clado¹).

C. G... vingt-trois ans, femme de ménage, entre le 21 décembre salle Saint-Jean, lit n° 16.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à vingt-huit ans à la suite d'accouchement. Père bien portant.

Antécédents personnels. — Était toujours chétive, malade. A l'âge de quinze ans, tombe et est obligée de garder le lit pendant dix mois. A la suite de cet accident, elle ne pouvait pas marcher; était, dit-elle, comme paralysée.

Encore un accident il y a deux ans et demi, un coup au bas-ventre.

Une fièvre éruptive à vingt et un ans.

Pas de grossesse, pas de fausse couche.

Réglée à vingt ans, toujours irrégulièrement. Dans l'intervalle des règles perdait souvent du sang rouge et beaucoup de caillots.

Beaucoup de pertes blanches, jaunâtres, empesant le linge.

Une hémorrhagie abondante au mois d'avril dernier.

Au commencement du mois d'août, elle fut prise d'une anasarque généralisée accompagnée de fièvre et de maux de tête. Au bout de douze jours de lit, ces œdèmes disparaissent, mais le 28 août survient une nouvelle hémorrhagie abondante.

Depuis ce temps-là, elle perd constamment, souffre beaucoup en marchant, avec douleur dans l'hypogastre, dans la fosse iliaque gauche, dans les reins.

Douleurs aussi à la miction : urines fréquentes.

¹ Clado, thèse Ayroles, *loc. cit.*

Digestion très lente avec douleur épigastrique, constipation et céphalée.

Elle a eu des crises nerveuses, quelquefois des palpitations, et maigrit beaucoup.

En ce moment, elle tousse, crache du sang. A l'auscultation des poumons, on trouve de la faiblesse du murmure vésiculaire au sommet gauche, et une expiration prolongée.

Battements de cœur rapides, précipités, mais pas de souffle.

On n'a rien trouvé dans les urines.

Ventre énormément tendu.

Examen. — Toucher douloureux.

Utérus peu mobile. Dans le cul-de-sac droit, on trouve une tumeur assez volumineuse, fluctuante, de la grosseur d'une mandarine, prolabée un peu dans le cul-de-sac postérieur.

A gauche : trompe grosse du volume du petit doigt. L'ovaire est à sa place, peu douloureux.

Opération. — Laparatomie, 10 janvier.

Salpingotomie et salpingo-ovaro-syndèse à droite.

Salpingectomie à gauche.

A gauche : trompe augmentée de volume. Ligature du pédicule et ablation totale des annexes.

A droite : résection de la trompe dans son tiers externe. Ouverture de son canal sur son bord postérieur, près du méso-salpinx. On forme ainsi un pavillon, dont on coiffe l'ovaire par une suture au catgut.

Suture abdominale Clado.

La malade, quatre jours après l'opération, a eu ses règles qui ont duré cinq jours.

OBSERVATION XXV (Clado ¹).

S... B..., trente-cinq ans, journalière, entre le 20 décembre 1898, salle Saint-Jean, lit n° 17.

Déjà soignée dans le service au mois de décembre 1897, par des injections de chlorure de zinc; a subi à la même époque un curettage.

Rentre parce qu'elle souffre toujours du côté droit et a des pertes abondantes.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole, coqueluche, scarlatine dans la première enfance.

Réglée à quatorze ans sans souffrance. Mais les règles ont toujours été irrégulières et peu abondantes.

A vingt ans : Erysipèle.

On ne retrouve pas dans son histoire de symptôme d'infection blennorrhagique.

A eu un enfant à trente-deux ans : accouchement très difficile qui dure deux jours, aidée par une sage-femme de la maternité.

Se lève dix jours après l'accouchement. A partir de ce jour elle a souffert du côté droit.

Le retour des couches vient six semaines après. Depuis, hémorragies abondantes durant plusieurs jours, suivies d'un court répit pour reprendre après.

La malade ne peut plus distinguer l'époque de ses règles : elle perd en effet, une vingtaine de jours par mois.

Ceci se passait il y a trois ans; un ans après, fausse couche de

¹ Clado, thèse Ayrolles, *loc. cit.*

deux mois, à la suite de laquelle elle perd 18 jours de suite abondamment. Elle est soignée alors à St-Louis et on lui fait un curettage.

Les douleurs dans le côté droit et les hémorragies reprennent huit semaines après de plus belle, jusqu'au mois de décembre 1897, époque où elle entre dans le service.

On lui fait des injections de chlorure de zinc et un curettage : trois semaines après, les douleurs et les pertes recommencent.

Douleurs continues, avec paroxysmes brusques dans la fosse iliaque droite et irradiation dans les reins et parfois dans les aines. Elles ne sont pas modifiées par les écoulements.

Hémorragies abondantes et fréquentes, durant huit ou dix jours ; la malade perd pendant quinze à vingt jours par mois. Le mois dernier, elles ont été plus rares, elle a perdu dix jours seulement, et aujourd'hui, 20 décembre, voilà quinze jours qu'elle n'a perdu. Dans l'intervalle des pertes de sang, la malade a remarqué quelques pertes leucorrhéiques, peu abondantes.

Examen. — Utérus un peu augmenté de volume ; en antéflexion légère, très mobile, ligaments relâchés. Col déchiré transversalement, surtout à gauche, volumineux.

Trompes : droite, augmentée de volume dans sa portion ampullaire ; volume d'une noix dure. Ovaire droit à sa place.

Gauche, prolabée près du cul-de-sac postérieur ; fait une anse qui côtoie le bord gauche de l'utérus.

Opération. — Laparotomie, le 17 janvier.

L'opération découvre des adhérences très jeunes, commençant à se former autour des annexes.

A droite, gros ovaire occupé dans sa moitié par un gros kyste. On enlève ce kyste à coups de ciseaux, et on renferme l'ovaire dans son albuginée avec du catgut.

Puis on résèque la trompe qui est kystique sur une longueur de deux centimètres environ, et on reconstitue un nouveau pavillon, dans lequel on enferme l'ovaire par le procédé décrit. A gauche, la trompe est prolabée dans le cul-de-sac postérieur, on la libère de ses adhérences, on la ramène du côté de l'ovaire, on résèque environ son tiers externe et on la suture à l'ovaire, comme on a fait à droite.

OBSERVATION XXVI (Clado⁴).

Pyosalpinx bilatéral blennorrhagique. Ablation des annexes gauches. Salpingo-ovaro-syndèse à droite. Guérison.

Mme H. B..., âgée de trente-huit ans, femme de ménage.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose.

Antécédents personnels. — Signes de scrofule (tuberculose?). On trouve au cou et sous l'angle du maxillaire inférieur plusieurs cicatrices caractéristiques.

Elle a eu un enfant à vingt-deux ans.

Depuis trois ans elle a des douleurs dans le bas-ventre, localisées surtout du côté gauche.

Examen. — Col légèrement hypertrophié, déchiré à gauche. Présente quelques petits kystes à sa surface. L'orifice est entr'ouvert et la muqueuse est en léger ectropion. Utérus en position normale, mobile, un peu gros, douloureux à la mobilisation.

Annexes gauches. — Dans le cul-de-sac gauche, on trouve un empâtement notable, le toucher est douloureux. La trompe est accolée au bord de l'utérus. On sent un noyau de salpingo-ovarite du volume d'une noix, formé par la trompe et l'ovaire confondus.

Annexes droites. — Cul-de-sac souple. Trompe du volume du petit doigt, dure; l'ovaire est augmenté de volume et douloureux.

Constipation. Anémie et amaigrissement notables.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite double, probablement de cause puerpérale. Métrite cervicale.

⁴ Clado, thèse Montana, *loc. citat.*

Traitement. — On la soumet pendant plusieurs jours au traitement médical et au repos, mais comme il n'y a aucune amélioration, on intervient chirurgicalement le 15 décembre 1897.

Laparotomie. — Annexes gauches. — On les trouve adhérentes à la face postérieure du ligament large. La trompe dilatée, à parois épaisses, présente plusieurs poches, quelques-unes à contenu hématique.

Ovaire scléro-kystique, avec deux petites cavités remplies de pus. On fait l'ablation.

Annexes droites. — L'ovaire présente quelques petits kystes saillants, bleuâtres; il adhère légèrement à la paroi pelvienne.

La trompe est adhérente en partie à l'ovaire et en partie à la face postérieure du ligament large.

Les franges du pavillon sont agglutinées, l'orifice fermé. Cette partie, adhérente dans la moitié de sa circonférence à l'ovaire, forme une espèce de tumeur dilatée. La portion interne (utérine) de la trompe est rouge, violacée, mais souple et perméable.

On fait l'ignipuncture sur l'ovaire. On fait la résection de la partie ampullaire de la trompe (très malade).

On fait une incision longitudinale de la portion restante, sur le bord inférieur, d'environ 4 centimètres. On fait le cathétérisme à l'aide d'une bougie que l'on pousse jusqu'à l'utérus.

On nettoie à l'aide d'une solution phéniquée à 1/50, on suture les bords au moyen d'un surjet au catgut, et on fixe l'extrémité à l'ovaire par quelques points de suture.

Suture de la paroi abdominale au fil d'argent.

Suites opératoires. — Simples. Guérison en vingt-cinq jours.

Suites éloignées. — Revue neuf mois après l'opération. La malade se porte très bien. Règles régulières, non douloureuses.

A l'examen, on trouve l'ovaire droit un peu gros mais mobile et non douloureux. Cette observation est un bel exemple de ce qu'on peut obtenir par la salpingo-ovaro-syndèse.

OBSERVATION XXVII (Clado⁴).

Salpingo-ovarite bilatérale, puerpérale.

M. R..., femme B..., vingt-sept ans. Entrée dans le service le 7 novembre 1898.

Antécédents héréditaires. — Mère atteinte de chorée.

Antécédents personnels. — Réglée à quatorze ans. Règles douloureuses, irrégulières. Abondantes pendant les premières années.

Par les ferrugineux cet état s'améliore.

Antécédents utérins. — Mariée il y a six ans. La malade a eu trois enfants.

Elle souffre depuis son premier accouchement, au début d'une manière intermittente, mais à partir de son troisième, les douleurs sont devenues continues, avec exacerbations au moment des règles.

La douleur est localisée du côté gauche avec irradiations dans les reins du même côté. Les règles sont très abondantes, avancent toujours et durent cinq à six jours. Pertes jaunes abondantes. Au mois d'octobre, dix jours avant les règles, elle a eu une hémorragie qui a duré dix jours.

Examen. — Utérus petit, mobile, col déchiré transversalement.

Annexes droites. — Ovaire à sa place, trompe sensible.

Gauches. — Ovaire à sa place, trompe haut placée, attachée en haut de la ceinture pelvienne, volumineuse.

⁴ Clado, thèse Ayroles, *loc. cit.*

Diagnostic. — Salpingite suppurée. Infection pendant la grossesse.

Opérée le 10 novembre 1898.

Incision de 10 centimètres.

A droite, on trouve **une grosse trompe** et un gros ovaire haut placé. Un gros caillot recouvre l'**ovaire**. Incision du ligament large : on fait l'énucléation des annexes (méthode de M. Duplay), on fait la ligature et on les enlève avec le thermocautère. **Surjet** au catgut pour reconstituer le ligament large.

A gauche, trompe hypertrophiée dans son extrémité externe; on enlève cette extrémité et on fait le cathétérisme de la portion restante. Puis M. Clado fait la salpingo-ovaro-syndèse, c'est-à-dire incision du conduit de la trompe, de manière à pouvoir l'évaser et en faire un pavillon avec lequel on coiffe l'ovaire, préalablement débarrassé de deux petits kystes avec le thermocautère.

Suture, procédé de M. Clado, deux plans sans fils perdus.

Suites opératoires. — Sortie pour aller au Vésinet Elle ne souffre plus.

Suites éloignées. — Revue le 8 février 1899. Bon état général. La malade a continué à être bien portante et à ne plus souffrir, mais depuis cinq jours elle a commencé à souffrir du côté droit (ablation), surtout quand elle marche.

OBSERVATION XXVIII (Clado)¹.

Salpingite bilatérale blennorrhagique. Ablation à droite.

Salpingo-ovaro-syndèse à gauche.

Marie E... dix-sept ans, souffre depuis six mois dans le ventre. Les douleurs très vives l'empêchent de travailler et l'obligent à garder fréquemment le lit.

Opération le 26 juin 1898.

A droite. — On trouve la trompe adhérente, flexueuse, ayant dans ses parois des masses jaunâtres, semblables à des tubercules caséifiés. Ablation.

A gauche. — La partie externe de la trompe (pavillon) est volumineuse et kystique, on résèque cette partie, et le reste, qui est perméable on l'incise longitudinalement pour le dilater; on la suture de nouveau et on la fixe à l'ovaire avec du catgut.

Dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une masse granulo-tuberculeuse, qu'on extirpe avec le thermo cautère.

Suture au fil d'argent.

Suites opératoires. — Convalescence sans accident, la malade sort le 27 juillet. Elle ne souffre plus.

Suites éloignées. — En février de 1899, on a des nouvelles de la malade : elle a eu encore des douleurs les deux premiers mois; mais après elle se porte très bien et ne souffre plus. Elle a repris son métier (artiste de théâtre), et voyage continuellement, engagée dans une troupe, sans souffrir.

Donc résultat satisfaisant.

¹ Clado, *in* thèse Ayrolles, *loc. citat.*

OBSERVATION XXIX (Clado¹).

Salpingite et ovaire kystique à gauche. — Ovaire kystique à droite. Cause principale. — Salpingo-ovaro-syndèse à gauche. — Ignipuncture à droite. — Soupçon de grossesse.

Cécile R..., femme de vingt-six ans, mariée.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde avec phlébite à dix-huit ans. Migraine orbitaire fréquente au moment de ses règles et à l'occasion de toute contrariété.

Antécédents utérins. — Trois accouchements : les deux premiers normaux ; pour le dernier (il y a trois ans), on a dû faire la délivrance artificielle.

Réglée à douze ans. Règles régulières jusqu'à dix-huit ans, non douloureuses, huit jours de durée, normales comme quantité. Après la fièvre typhoïde, arrêt complet des règles pendant sept ans, ce qui ne l'a pas empêché d'avoir trois enfants. Les règles sont revenues depuis un an. Au mois de janvier dernier, elle a eu un avortement de six semaines et une hémorrhagie abondante.

Depuis cette époque, elle souffre du ventre. La douleur est localisée dans la fosse iliaque droite, mais avec irradiation dans le rein et la jambe du même côté. Elle est vive, lancinante, augmente avec la marche et au moment des règles ; depuis un mois elle est tellement vive qu'elle force à garder le lit. Les règles sont devenues irrégulières, plus abondantes, plus longues et douloureuses. Pas de pertes blanches.

¹ Clado, thèse Montana, *loc. citat.*

Appareil digestif. Phénomènes dyspeptiques, gastralgie, constipation.

Appareil urinaire, rien d'anormal.

Système nerveux. Très nerveuse, a des accès de migraine orbitaire très fréquents.

Etat général médiocre ; elle a perdu 5 kilogrammes de son poids normal.

Diagnostic. — Salpingite droite, rétroflexion utérine. On garde la malade en repos pendant un mois et on lui fait un curetage.

Comme, malgré ce traitement, elle continue à souffrir, on décide la laparotomie.

Opération le 2 juillet 1898.

Anesthésie à l'éther.

A droite, on trouve : ovaire kystique, trompe saine ; on fait l'ignipuncture sur les kystes et on laisse le reste en place.

A gauche, ovaire également kystique, la trompe est malade et obstruée du côté du pavillon, le reste est perméable, sain. On résèque la partie du pavillon ; on incise le reste sur le bord postéro-interne et on fait l'abouchement avec l'ovaire. Suture au catgut. Sur l'ovaire, on fait l'ignipuncture.

Suites opératoires. — Bonnes ; les quatre premiers jours, elle souffre du côté droit (sensation de brûlure) ; après, les douleurs ont disparu ; température les trois premiers jours : 37,°4, 37°6, normale après.

Suites éloignées. — Revue le 22 mars 1899. Bien portante et très contente de l'opération. Depuis le mois d'août, elle a recommencé son travail et le fait sans être gênée.

De temps en temps encore, quelques douleurs vagues dans le bas-ventre, surtout au moment des règles. Les douleurs si violentes qu'elle avait avant l'opération ont entièrement disparu.

Règles un mois après l'opération, sans souffrance, régulières jusqu'au mois de novembre ; à cette époque, arrêt des règles pendant deux mois, elles reviennent au mois de janvier, et elle perd alors, pendant dix-neuf jours, des caillots et du sang liquide (avortement?). Dernières règles, le 10 janvier ; depuis cette époque, elles ne sont plus revenues (Grossesse?).

Les accès de migraine ont diminué et sont moins forts.

Pas de bouffées de chaleur, pas de crises de nerfs. Pas d'enfants.

Examen. Utérus mobile, en bonne position. Culs-de-sac souples, non douloureux. On ne sent pas les annexes.

Dans ce cas, le résultat thérapeutique a été aussi bon que possible et en outre il y a eu soupçon de grossesse.

**Attraction des annexes dans le vagin.
Méthode de M. Jaboulay.**

OBSERVATION XXX (M. Jaboulay¹).

Salpingite. — Ablation des annexes à gauche. — Oophoropexie droite. — Hernie. — Cure radicale. — Ablation de l'ovaire gauche.

Une femme de trente ans vint, au mois d'avril 1892, à l'hôtel-Dieu de Lyon, pour se guérir d'une salpingite droite.

Depuis l'âge de vingt ans, elle était épuisée et anémique. A vingt-quatre ans, elle eut une blennorrhagie ; à vingt-cinq ans, une fausse couche de deux mois et demi. Elle fit un premier séjour à la Charité pour des douleurs dans le ventre, les lombes et l'anus. La miction était douloureuse, très fréquente, la constipation opiniâtre.

Un abcès se forma dans les annexes, à droite, et nécessita une ponction qui fut faite par le professeur Fochier ; trois semaines après, deuxième abcès, à gauche cette fois ; nouvelle ponction, toujours par M. Fochier. Cela se passait il y a deux ans. Dix mois après le début des accidents, la malade dut subir l'ablation des annexes à gauche, qui fut encore pratiquée par M. Fochier.

¹ Dr Jaboulay, de Lyon, professeur agrégé, chef des travaux anatomiques, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu, et Dr L. Dor, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine. Production de pseudo-kystes dermoïdes de l'ovaire à la suite d'une oophoropexie (*Archives provinciales de chirurgie*, 1894).

L'année dernière, elle entra à l'Hôtel-Dieu et fut soignée par l'un de nous. En présence de douleurs vives, spontanées et à la pression, partant des annexes du côté droit, qui étaient indurées, nous pensâmes qu'il était nécessaire d'employer une méthode curative capable à la fois de modifier et d'améliorer la trompe et l'ovaire restants, et de les conserver. Et nous pensâmes bien faire en les attirant au dehors du ventre par la laparotomie abdominale, et en les maintenant entre les lèvres de la plaie. Nous espérions ainsi, par ce séjour extra-péritonéal, guérir la trompe qui était à peu près seule malade, par des injections et des pansements appropriés. Après quoi, la réintégration au domicile naturel serait faite, et la malade aurait ainsi conservé les annexes d'un côté, avantage dont l'importance n'est pas à démontrer, et dont les raisons sont nombreuses.

Les choses se passèrent comme nous le pensions. Des fils fixèrent la trompe et l'ovaire entre les lèvres du péritoine et de la ligne blanche, la peau restant béante devant. Des pansements iodiformés et des essais de cathétérisme tubaire furent employés. Puis vint la période de rétraction intra-abdominale ; nous laissâmes les annexes effectuer leur rentrée qui n'était que très incomplète, et la peau se refermer par dessus.

Mais la malade eut de l'éventration. L'ovaire et la trompe étaient restés adhérents à la partie inférieure de l'incision, et, plus haut, une pointe de hernie se formait. Nous dûmes l'opérer, en faisant des sutures à trois étages.

Au cours de l'opération, les fils inférieurs de l'étage péritonéal et de l'étage aponévrotique entrèrent dans l'ovaire. Ce fut là, croyons-nous, le point de départ d'une série de kystes qui se formèrent successivement au nombre de sept pendant l'espace des quatre mois qui suivirent l'opération. Il faut dire que, avant leur opération, deux petits abcès étaient apparus sous la peau, probablement autour de quelques fils profonds. On verra, en lisant les considérations qui suivent cette observation, que nous attachons une grande importance à cette suppuration, pénétrant dans le tissu ovarien à l'aide de fils infectés, pour expliquer l'apparition des kystes.

Quoi qu'il en soit, devant cette répétition de productions kystiques, qui étaient chacune de la grosseur d'une noix, nous pensâmes qu'il était nécessaire de sacrifier et d'enlever l'ovaire que nos efforts avaient eu pour but de conserver. C'est ce qui fut fait en juin 1893. La malade revue fin octobre porte un nouveau kyste.

Jusqu'à sa dernière opération, elle avait été réglée régulièrement toutes les trois semaines; elle n'a eu ses règles que deux fois, le 16 juin et le 24 juillet. Actuellement, elle est soignée pour des troubles nerveux à la Croix Rousse, dans le service de M. Audry.

Le dernier kyste que nous enlevâmes fut l'objet d'études spéciales, qui vont être relatées. Nous en fîmes l'extirpation avec le tégument situé en avant de lui, afin d'examiner les relations de chacun. Mais les six autres avaient été enlevés par extraction après ponction.

OBSERVATION XXXI

(Due à l'obligeance de M. Jaboulay.)

Salpingo-ovarite double fongueuse, non tuberculeuse. Examen histologique. — Trompes moniliformes, ovaires scléromicrokystiques. — Incision des trompes. — Annexes dans le vagin.

V... B..., dix-huit ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Pas d'enfant ni de fausse couche. Réglée à quatorze ans. Depuis quelques mois, pertes blanches et un peu de cuisson à la miction.

Douleurs intermittentes et surtout pesanteur au bas-ventre, exaspérées par les efforts et la marche.

La malade, quoique ayant l'air de se bien porter et n'accusant aucun trouble organique, dit avoir maigri de 10 kilogrammes depuis quatre mois, en même temps qu'elle perdait ses forces et qu'elle avait des sueurs nocturnes.

Examen. — Col mou, fermé, un peu ulcéré. Cul-de-sac droit légèrement empâté. Par le palper bimanuel, on y trouve une masse un peu arrondie, du volume d'une amande, douloureuse à la pression, indépendante de l'utérus et assez facilement mobile.

A gauche, on retrouve les mêmes signes, mais les annexes sont encore plus volumineuses.

Diagnostic. — Salpingo-ovarite double de nature difficile à déterminer.

Opération le 8 septembre 1894.

Incision du cul-de-sac inférieur, aux ciseaux.

Les annexes gauches, à peu près libres d'adhérences, sont facilement amenées dans le vagin. Trompe bosselée à revêtement séreux légèrement dépoli, de couleur rouge violacé. Une incision latérale donne issue à des fongosités non caséuses, et permet de constater que toute la trompe est occupée par de semblables productions. Ovaire correspondant également fongueux et surtout kystique. Pince à demeure sur la trompe gauche dont on excise une partie. L'ovaire gauche et ce qui reste de la trompe sont nettoyés au doigt des fongosités superficielles.

Etat identique des annexes à droite. Incision et nettoyage de même qu'à gauche. Annexes laissées dans le vagin. Deux pinces à demeure. Une mèche de gaze iodoformée assurant en même temps le drainage. Sonde à demeure.

10 septembre. — Un peu de température, 39 degrés le soir. Douleurs vives dans le bas-ventre et les reins, le jour et le lendemain de l'opération. On retire la mèche de gaze qui est imbibée de liquide séro-sanguin. On retire aussi les pinces à demeure. Les annexes congestionnées et violacées sont de nouveau couvertes de gaze iodoformée.

18 septembre. — Sphacèle des organes laissés dans le vagin. Ecoulement fétide. Température 38°,2 à 38°,5. Pas de réaction générale, pas de douleurs.

30 septembre. — Annexes granulent superficiellement au fond du vagin. Au toucher, massedure, rénitente, dans laquelle on distingue les contours arrondis de l'ovaire.

Utérus encore très abaissé.

5 octobre. — Retour de règles précédé de quelques douleurs dans le bas-ventre. Ecoulement menstruel pendant deux jours, assez abondant, sans accident autre que quelques coliques.

9 octobre. — Trompes congestionnées, toujours volumineuses et descendues. Surface facilement saignante. Douleur à la palpation. Température, 38°, 39.

31 octobre. — M. Vincent enlève les annexes laissées dans le vagin et tamponne à la gaze iodoformée.

7 novembre. — Les tampons enlevés, on voit toujours la trompe fixée à la cicatrice vaginale.

14 novembre. — Les règles sont revenues le 11. Douleurs, tiraillements dans le ventre.

31 novembre. — Disparition des douleurs abdominales.

Par le toucher, trompe trouvée emprisonnée et fixée dans le cul-de-sac gauche. Cul-de-sac droit empâté et tendu.

18 décembre. — La malade quitte l'hôpital disant ne plus souffrir. Il persiste toujours dans le cul-de-sac une tumeur muriforme correspondant à la trompe. Un peu de rétroversion.

Pas de nouvelles depuis : ne s'est jamais présentée à l'examen.

OBSERVATION XXXII

(Due à l'obligeance de MM. Jaboulay et Tixier.)

Salpingite droite avec foyer purulent dans le cul-de-sac de Douglas. — Kyste de la paroi antérieure du vagin. — Ouverture de l'abcès. — Abaissement des annexes dans le vagin. — Guérison.

C... C..., dix-neuf ans.

Juin 1892, entre à l'Hôtel-Dieu pour des douleurs abdominales.

Pas d'antécédents héréditaires.

Personnellement très bonne santé dans l'enfance. Réglée à douze ans, toujours régulièrement.

Il y a environ un an, apparition de douleurs abdominales dès qu'elle se fatiguait. Ces douleurs duraient deux ou trois jours, puis disparaissaient pour revenir quinze jours ou trois semaines après.

Parfois douleurs irradiées dans la jambe droite. Quelques douleurs à la miction.

Pas de pertes blanches.

Au toucher vaginal : on sent sur la paroi antérieure du vagin une petite tumeur ronde, adhérente à la paroi, de la grosseur d'une gobilie, nettement fluctuante.

Du côté droit, dans le cul-de-sac vaginal, on sent une tuméfaction correspondant à la trompe et qui est douloureuse à la pression.

Ancun trouble digestif.

8 juin. — *Opération.* — On enlève aux ciseaux le petit kyste du vagin. M. Jaboulay découvre dans le cul-de-sac de Douglas à droite une poche purulente. Par la voie vaginale, il incise aux ciseaux dans le cul-de-sac postérieur cette poche, et donne issue au

pus collecté. Puis, les annexes étant reconnues grosses et malades, il les attire en bas par des tractions successives, de telle sorte qu'elles viennent faire saillie dans le vagin.

On les entoure de mèches de gaze iodoformée afin de les fixer dans cette position.

Les premiers jours, la malade a une température variant entre 38°,5 et 39°,5.

Devant cette persistance de la température, M. Pollosson fait le toucher vaginal et reconnaît une trompe très grosse, dilatée. Il croit à un étranglement et songe à en faire l'ablation, lorsque subitement la défervescence s'établit et persiste (21 ju'n).

Peu à peu l'ovaire rentre dans l'abdomen et, au bout de trois semaines, il n'y a plus qu'une partie de la trompe dans le vagin.

13 juillet. — La malade reprend ses règles, qui se passent normalement.

Elles durent trois jours sans souffrance aucune.

Devant ce bon état, la malade sort de l'hôpital le 16 juillet.

OBSERVATION XXXIII

(Due à l'obligeance de M. Jaboulay.)

Pyosalpinx et ovarite droits. — Annexes droites descendues dans le vagin. — Ablation de l'ovaire et de la portion externe de la trompe droite.

Joséphine L..., vingt-sept ans.

Antécédents héréditaires. — Parents en bonne santé, deux frères ou sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Réglée à quatorze ans ; régulièrement depuis. Pas d'enfant ni de fausse couche, ni de retard de règles.

Depuis deux ou trois hivers, elle est sujette aux bronchites, n'a jamais craché de sang. A été soignée pour une péritonite chronique, il y a trois ans ; n'a pas eu de diarrhée à ce moment.

Etat actuel. — Se plaint de douleurs dans le bas-ventre, douleurs sourdes, accentuées surtout après une longue fatigue.

Les dernières règles ont été avancées de huit jours et étaient plus abondantes que de coutume.

Examen. — Au palper abdominal, pas de signes nets d'ancienne inflammation. Paroi assez souple, sans zone d'empâtement, ni de région mate.

Pas trace d'épanchement ascitique.

Au toucher : col petit, fermé, de consistance normale, appliqué contre la paroi antérieure du vagin. Utérus en rétroversion difficilement mobilisable, incomplètement réductible et revenant de suite à la position primitive.

Tentatives de réduction peu douloureuses, ovaire droit en chute

dans le cul-de-sac postérieur, douloureux, du volume d'une noix, assez fixe.

A gauche, cul-de-sac tendu par les ligaments sous-jacents, pas de signe au toucher vaginal, mais, par l'exploration rectale, on constate une zone empâtée en continuation avec l'utérus dans le ligament large.

Diagnostic. — Ovarite droite, salpingite gauche.

Opération le 25 septembre 1894. — Incision du cul-de-sac postérieur du vagin. Ouverture du Douglas. Il s'écoule à ce moment un peu de liquide ascitique. Les annexes droites sont volumineuses. La trompe est dilatée, un peu moniliforme, de la grosseur de l'index. Ovaire gros, assez mou, du volume d'un marron.

Le tout adhérent et encastré dans du tissu fibreux inflammatoire: au cours des manœuvres de décollement, la trompe est crevée et donne issue à une petite quantité de pus mal lié.

On amène assez difficilement les annexes dans le vagin, l'ovaire et la partie externe de la trompe sont enlevés (une fois décollés très facilement par traction).

Un peu de périmétrite à gauche.

27 septembre. — Pas de douleurs ni de réaction péritonéale. Le soir même de l'opération, la malade avait uriné seule, mais avait une température de 39 degrés.

3 octobre. — Les annexes droites encore dans le vagin, le 1^{er} octobre ne s'y trouvent plus et sont remontés dans le petit bassin. Pas de pus. Cicatrisation régulière de l'incision du cul-de-sac postérieur; on a mis une mèche de gaze. Les annexes gauches sont un peu douloureuses et empâtées.

Ovaire mobile et douloureux. Injections chaudes.

5 octobre. — L'utérus est toujours difficilement mobilisable, et les tentatives de mobilisation douloureuses. La cicatrisation est presque complète.

13 octobre. — La malade a ses règles depuis hier. L'écoulement s'es produit sans douleur et très abondant.

17 octobre. — L'utérus est en rétroversion, petit. Une bride, surtout marquée à gauche, le maintient dans cette position.

OBSERVATION XXXIV

(Due à l'obligeance de M. Jaboulay.)

*Hydrosalpinx double. Ovaires scléro-kystiques, douloureux.
Incision vaginale du Douglas. Annexes dans le vagin.*

G... B..., trente-deux ans.

Antécédents héréditaires. — Inconnus.

Antécédents personnels. — Accidents remontant à trois ans après une couche où elle fut infectée.

Deux mois après l'accouchement, M. Pollosson ouvre une collection dans le cul-de-sac gauche. Au bout d'un an, nouvel abcès dans la même région, ouvert par M. Albertin. En septembre 1893, troisième collection dans le cul-de-sac gauche, incisée et drainée dans le service par M. Vincent.

La malade a quitté l'hôpital au bout d'un mois. Depuis février 1894, douleurs dans tout le bas-ventre avec irradiations dans les membres inférieurs gauches et maximum dans la fosse iliaque de ce côté. Menstruation assez régulière, mais douloureuse.

Examen. — Rien à la palpation abdominale, sauf douleur à la pression profonde.

Toucher. — Ovaire droit douloureux, un peu gros et très mobile dans le cul-de-sac droit. Petit bassin probablement occupé par un peu d'ascite. A gauche, annexes fixées, volumineuses et douloureuses, avec proéminence dans le cul-de-sac gauche et postérieur du vagin.

Le toucher rectal confirme ces données. Col gros, mou, mais non enflammé ni ulcéré, pas de leucorrhée.

Opération le 22 septembre 1894. Incision du Douglas. Hydro-

salpinx double avec inflammation périannexielle double fixant l'ovaire. Les deux ovaires sont scléro-kystiques.

Hydrosalpinx à droite de petit volume. La trompe est du volume d'un cigare, un peu tortueuse, non granuleuse.

Incision de l'hydrosalpinx : liquide séreux un peu louche.

A gauche, annexes beaucoup plus difficiles à descendre à cause des adhérences de l'ovaire. Au cours des manœuvres de décollement, une portion de la trompe kystique est rompue et extirpée. Pas d'hémorragie, contenu séreux de la trompe.

Les annexes sont laissées dans le vagin, et pansées avec un peu de gaze iodoformée.

1^{er} octobre. — Le premier pansement a été fait au bout de quatre jours. Pas de pus, on laisse deux mèches qui sont retirées seulement le septième jour.

4 octobre. — Les annexes sont déjà remontées. A gauche il ne reste que quelques bourgeons dans les lèvres de l'incision. A droite on sent l'ovaire et la trompe dont la surface granule.

8 octobre. — Première irrigation vaginale. La partie inférieure de l'ovaire droit est seule encore dans le vagin. La trompe, à surface granuleuse, remonte plus lentement, mais a beaucoup diminué de volume. Pas de rétrodéviation. A gauche, on sent à travers le cul-de-sac une masse indurée dépendant des annexes et fixant un peu l'utérus.

31 octobre. — Reste dans le vagin une petite masse bourgeonnante un peu pédiculée que M. Vincent enlève au thermocautère.

7 novembre. — La malade sort. Encore léger empâtement à gauche.

OBSERVATIONS XXXV

(Due à l'obligeance de M. Jaboulay.)

Annexite bilatérale. — Conservation.

Femme de vingt ans, qui a déjà eu une fausse couche.

A l'*examen* on sent à droite deux masses rondes.

Opération. — Laparotomie vaginale, attraction des annexes à la vulve. On se trouve en présence de kystes développés sur la trompe. On parvient assez facilement à les énucléer. L'ovaire est microkystique.

Traitement, à la gaze blanche, des annexes, que l'on panse, comme à l'ordinaire, dans le vagin.

OBSERVATION XXXVI

(Due à l'obligeance de M. Jaboulay.)

Grossesse extra-utérine, rupture dans le péritoine et enkystement. — Laparotomie vaginale. — Conservation de la trompe.

Il s'agit d'une malade qui a eu une grossesse extra-utérine ayant évolué pendant deux mois.

Le kyste embryonnaire s'est rompu dans le péritoine. Enkystement.

A l'examen on trouve une poche saillante dans le cul-de-sac de Douglas. Masse à droite de l'utérus, sentie au travers de l'abdomen en haut et en avant.

Opération.— Laparotomie vaginale. Issue de caillots, puis attraction dans le vagin de la trompe et de l'ovaire droit.

Excision du kyste embryonnaire, recouvert de minces membranes. L'embryon n'est pas retrouvé. Drainage du péritoine par des mèches de gaze blanche. Pansement des annexes dans le vagin.

OBSERVATION XXXVII

(Due à l'obligeance de M. Jaboulay.)

Salpingite suppurée avec adhérences. — Laparotomie abdominale. — Traitement par attraction à la peau.

Jeune fille, vingt-deux ans, envoyée dans le service de M. Jaboulay avec le diagnostic de kyste de l'ovaire, avec torsion du pédicule. Après examen, on décide une intervention par l'abdomen.

Laparotomie abdominale médiane. On trouve une salpingite adhérente au péritoine pariétal. Il s'agissait, d'une infection antérieure guérie, due à une ancienne rupture de la poche.

Ponction de la salpingite, puis suture des bords de la poche incisée à la peau.

On traite par des pansements cette trompe suppurée, ainsi amenée au dehors.

Le diagnostic posé fut le suivant :

Péritonite tuberculeuse parties des annexes.

OBSERVATION XXXVIII

(Due à l'obligeance de M. Jaboulay.)

Salpingo-ovarite gauche. — Attraction des annexes dans le vagin.

Femme de trente-huit ans. Signes de nervosisme.

Diagnostic. — Lésion unilatérale des annexes. Utérus 10 centimètres en rétroversion.

Opération. Laparotomie vaginale. Attraction des annexes gauches dans le vagin. On constate alors qu'il s'agit d'un ovaire microkystique et d'une salpingite séreuse avec masses calcaires du côté gauche. Incision des kystes ovariens et de la trompe. Pansement des annexes attirées dans le vagin.

OBSERVATION XXXIX

(Due à l'obligeance de M. Jaboulay.)

Salpingo-ovarite. — Attraction des annexes dans le vagin.

Femme de trente ans qui a subi au préalable une néphropexie.
Laparotomie vaginale par le procédé de M. Jaboulay.

On attire les annexes dans le vagin et à la vulve. Salpingo-ovarite avec ovaire scléro-kystique:

Incision des kystes ovariens des deux côtés.

Drainage à la gaze de l'incision du Douglas.

Cessation des crises d'hystérie depuis l'opération.

OBSERVATION XL

(Due à l'obligeance de M. Jaboulay.)

Salpingo ovarite suppurée bilatérale. — Attraction des annexes dans le vagin.

Femme de trente-six ans, syphilitique.

Diagnostic : Salpingite suppurée bilatérale.

Opération : Laparotomie vaginale par le procédé de M. Jaboulay.

Attraction des annexes par l'incision du Douglas, dans le vagin et à la vulve.

Incision de la trompe suppurée des deux côtés.

Puis on fait un drainage du péritoine au moyen de mèches de gaze blanche mises par le Douglas.

On entoure ensuite les annexes de gaze blanche également et on les laisse dans le vagin.

On panse régulièrement les annexes attirées dans le vagin.

CONCLUSIONS

Jusqu'à ces dernières années, quand on intervenait par l'abdomen pour des lésions inflammatoires des annexes, et que l'on trouvait le pavillon obstrué et adhérent, la règle était de faire l'*ablation* de l'ovaire et de la trompe. Si la lésion était bilatérale, on enlevait les annexes utérines des deux côtés.

On sait d'autre part que, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale, toute une école pratique encore la *castration totale utéro-ovarienne*.

Indépendamment de la question de la castration totale, la conduite qui consiste à enlever les annexes en cas de salpingite double entraîne une *mutilation* qui n'est pas toujours nécessaire, même quand les lésions sont assez sérieuses ou assez anciennes pour avoir légitimé une laparotomie.

Aussi un certain nombre de chirurgiens font-ils des opérations conservatrices tant des ovaires que des trompes.

A celles ci seulement se limite notre étude.

Ces opérations conservatrices des trompes sont :

La *libération des adhérences* (suivie ou non de *salpingo-gorrhaphie*).

La *résection partielle des trompes*.

La *salpingostomie*.

La *salpingo-ovaro-syndèse*.

L'indication de ces opérations paraît surtout nette dans les *cas anciens* quand on intervient à froid, et que, par conséquent, on n'a plus rien à craindre du contenu de la trompe.

Un certain nombre de ces cas correspondent à des lésions pour ainsi dire *cicatricielles*, consistant surtout dans l'*occlusion du pavillon* et dans son *adhérence* au fond du bassin.

D'autres cas nous représentent une rétention tubaire *hydro* ou *hématosalpinx* le plus souvent.

Y a-t-il lieu d'agir de même dans certains cas de *pyosalpinx* ancien ?

La conservation a été tentée aussi dans ces cas, mais l'état actuel de la question ne permet pas encore une *affirmation* absolue.

M. Jaboulay a proposé, dans des cas semblables ou dans des cas de salpingo-ovarite sans collection, de faire une *exclusion vaginale* ou même *abdominale momentanée* des trompes avant de les réduire.

M. Goullioud, après avoir débridé des trompes suppurées par le vagin, les a réopérées à froid par l'abdomen et fait alors sans danger une salpingostomie.

Dans la plupart des cas, les chirurgiens ont fait l'*ablation unilatérale*, du côté où les lésions étaient le plus *accentuées*, et employé un traitement *conservateur* de la trompe et de l'ovaire du côté des *moindres lésions*.

Il est bien entendu que les *lésions septiques*, la *tuberculose*, les *lésions graves* et *complexes* contre-indiquent ces tentatives conservatrices.

Actuellement la gravité opératoire n'en est pas plus grande que celle de la salpingectomie.

Soit chez les malades que nous avons suivies, soit dans les cas rapportés par d'autres où l'on est intervenu, du reste, suivant les indications que nous venons de citer, les résultats ultérieurs sont aussi satisfaisants que ceux obtenus par la salpingectomie.

Les *avantages* de ces opérations sont : de moins mutiler la femme, de lui éviter les troubles nerveux consécutifs à la castration totale, de conserver les règles, de rétablir la perméabilité du pavillon et, par suite, de laisser à la femme la possibilité et l'espérance de grossesse.

Quelques cas *de grossesse* bien avérés prouvent que cette espérance n'est pas illusoire.

Quant à l'objection possible de grossesse extra-utérine faite à cette méthode, elle ne repose encore sur aucun fait.

Aucune observation n'en a été signalée.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAROYENNE.

Vu :

P. LE DOYEN,
L'ASSESEUR,
LACASSAGNE.

Vu, et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREJEFF (N.), 1893. — Diagnostic, marche et thérapeutique conservatrice dans les hydrosalpinges tubaires et les salpingo-ophorites chroniques (N. Arch. d'obst. et de gynéc., Paris, 1893, VIII, p. 97, 165, 225, 276).
- AYROLLES, La salpingo ovaro-syndèse ou résection de la trompe de Fallope (thèse, Paris, 1899).
- BAER, American Annals of Gyn. and Pediatrics, p. 231, janv. 1894.
- BAEZ RAMON, 1894. Etude sur quelques-uns des traitements palliatifs de la salpingite non enkystée. Paris, G. Steinheil, 1894, in-4°, 83 p.
- BÉYÉA, Amer. Journ. of. obst., octobre 1898.
- CLADO, 1899, Salpingotomie et salpingorrhaphie, Semaine gynéc., Paris, 1899, IV, 25-27.
- CHAVIN, Traité des salpingo-ovarites par la laparotomie, thèse, Paris, 1895.
- COMMANDEUR, thèse de Lyon, 1892.
- COE (H. C.), 1898. Another view of conservative surgery of the tubes and ovaries (Trans. am. gynec. Soc. Philad., 1898, XXIII, 381-395).
- 1898. Another view of conservative surgery of the tubes and ovaries. (Med. news New-York, 1898), LXXIII, 385, 391.
- CARR (WILL), Traitement de la salpingite aiguë (Am. Journ. of obst., août 1897).

DEZON (G. -P.), De la gynéc. conservatr. dans les affections inflammatoires pelviennes (thèse Bordeaux, 1897).

DUDLEY (A.-P.), Amer Journ. of obst., 1893.

— The conservative surgery of the female pelvic organs (Am. Journal of obst., vol. XXX, 1894, n° 1, p. 1-15).

— To what extent can we do conservative surgery upon the uterine appendages with safety to the patient? (Discuss.) (Am. Journ. of gynec. and obst. N.-Y., 1897, X, 110-128, 187-193).

— 1898. Some remarks upon conservative surgery of the uterine appendages (Am. Journ. of obst. N.-Y., 1898, XXXVII, n° 1, 14-19).

— 1898. A further report upon conservative surgery of the uterine appendages (Tr. Am. Gyn. Soc. Philad., 1898, XXIII, 267-273, 2 pl. et in Am. Journ. of obst., septembre, 1898, vol. XXXVIII, n° 3, p. 407).

DELAUNAY, thèse, Paris, 1893. Des opérat. conserv. de l'ovaire.

DOLÉRIS, A. 1891. De la thérapeutique conservatrice dans la salpingo-ovarite (N. Arch. d'obst. S. de gyn., Paris, 1891, VI, VII).

DEDERLEIN, Le Cathétérisme de la trompe utérine (Centralblatt für Gyn., 1897).

ELIOT (L.), The conservative treatment of pyosalpinx (Virginia, M. Month., Richmond, 1892-1893, XIX, 20-23).

GERSUNY, Centralbl. für Gynec : Sur une observation d'inclusion de l'ovaire dans la trompe, p. 35, 1896.

GOELET (A.), Technique de la coeliotomie vaginale sans hystérectomie pour le traitement des annexes (Medical. News., juin 1897).

GOTTSCHALK, Du pédicule de la trompe après l'ablation (Arch. für Gyn., LIII, 1897).

GOULLIoud (P.), Communication à la Soc. de chirurgie de Lyon sur la salpingostomie, novembre 1899.

— Cas de grossesse chez des opérées pour salpingo-ovarites (Cong. français de chir. 1894, 8^e session, Lyon (extrait du).

GUTTIERREZ (G.), Le traitement préventif et les méthodes conser-

vatrices dans les affections inflammatoires des annexes.
Attid. XI (Congr. med. internaz., 1894, Roma. 1895,
v. ostet., 203-206).

HOFMEIER, Operative gynecologie (2^e édition, 1892).

HUMPHREYS (G.-L.), A plea for conservation in Salpingotomy
(Omaha. clinic., 1893-1894, VI, 142-144).

KOLLOCK (C.), Conservative treatment of pyosalpinx. (Internat.
M. Mag. Philad., 1894-1895, III, 37-40).

KEHRER (F.-A.), De la stérilité par la section de la trompe par
la voie vaginale (Centralbl. für Gyn., août 1897).

JABOULAY, Attraction des annexes dans le vagin (Province médi-
cale, 1895).

— Arch. prov. de chirurgie, communication avec L. Dor,
1894.

LINK (W.-H.), The conservative treatment of salpingitis, 1892.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU, Traité médico-chirurgical de gyné-
cologie, Paris, 1897.

MANGIN, Traitement conservateur dans les salpingo-ovarites
(N. Arch. d'obs. et de gyn., Paris, 1892, VII, p. 428).

MARTIN (A.), Ueber partielle und Extirpation Sammlung klinische
(Vortrage and Volkmann, 1889, p. 2).

— Verhand. der deutsch. Gesellsch. für Gyn. 1891, p. 242-254
et 263-264.

— Verhand. der deutsch. Gessels. für Gyn., 1893, p. 244.

— Die Krankheiten der Eileiter, p. 215 et suivantes.

MACKENRODT, Gesselsch. für Gebur. und. Gynec., Berlin, 1895.

MUNDÉ (P.-F.), Die konservative Behandlung der Salpingitis
(Frauenarz, Berlin, 1892, - VII, 433, 434).

MUNDÉ (P. F.), The conservative treatment of salpingitis (Tr.
N.-Y. Acad. M., 1892, 1893, 2 s., IX, 195-208).

MONTANA (M.) (thèse de Paris, 1889), Contribution à l'étude des
résultats éloignés des opérations conservatrices des annexes
(Jouve et Boyer, édit.).

NORRIS (R. C.), 1897, A case illustrating the limitations of conser-
vative surgery of the uterine appendages (Am. Gynec.
and obst. Jour. N.-Y., 1897, XI, 572-574).

- PETZALIS, 1898, Quelques considérations sur le traitement des salpingites (thèse de Paris, 1898).
- POLK, N.-Y., 1891, A report upon certain operatives designed to preserve the uterine appendages (Am. Journ. of obstetr., N.-Y., 1891, XXIV, XIV, 1039-1062).
- 1892, Operations to preserve the uterine appendages (Internat. clin. Philad., 1892, 2 s.; III, 290-295).
- POLK, 1892, Drainage with gauze packing in recurrent salpingitis and peritonitis as a means of cure and as preliminary to conservative operations upon the appendages (N.-Y. Journ. of Gyn. a obst., 1892, II, 446-452).
- 1893, Operations upon the uterine appendages with a view to preserving the functions of ovulation and menstruation (N.-Y. Journ. of Gyn. a obst., 1893, III, 649-663 et Tr. Am. Gyn. Soc. Philad., 1893, XVIII, 175-199).
- 1893, Amer. Journ. of obst., vol. XXVII, n° 6, p. 883 juin 1893. Operations upon the uterine appendages.
- 1894, The conservative surgery of the female pelvic organs (Am. Journ. of obst., vol. XXX, juillet 1894, n° 1).
- POZZI (S.), Traité de Gynécologie, Paris, 1895.
- 1893, The conservative treatment of diseases of the uterine appendages (British Med. Jour., London, 1893, II, 618-622).
- RIES (E). 1898-99, Plastic operat. on the Fallopian tubes (Am. Journ. surg. and gyn. Saint-Louis, 91, XI, p. 180, 1898).
- 1897, Centr. für Gyn., 1897, Du pédicule tubaire après salpingectomie.
- SKUTSCH, Deutsche Gesselch. für Gyn. III, Cong. Freiburg, 1889, et in Centr. für Gyn., B. XIII, p. 565, 1889.
- SCHATZ, Verhandl der Vierten Gesselch. für Gynec, pp. 263-264, 1891.
- SCHRÖDER (X.), Zeitsch. f. Gebur. und Gyn., Bd XI, p. 358, 1884.
- SCHAUTA, Referat. und Bericht über die Indicat. die Technick und die Erfolge der Adnexoperat., V Cong. der deutsch Ges. für Gyn., Breslau, 1893.
- ZWEIFEL, Archiv. für Gyn., XXXIII et XXXVIII.

TABLE

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique	13
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique	21
CHAPITRE III. — Indications	31
CHAPITRE IV. — Manuel opératoire	41
1° Résection de la trompe.	51
2° Résection du pavillon	52
3° Salpingorrhaphie, ou salpingo-ovaro-syndèse.	53
CHAPITRE V. — Résultats	58
OBSERVATIONS	62
Rupture d'adhérences avec ou sans salpingorrhaphie	62
Résection simple des trompes.	77
Salpingostomie	81
Salpingo-ovaro-syndèse	102
Attraction des annexes dans le vagin. Méthode de M. Jaboulay	119
CONCLUSIONS.	137
BIBLIOGRAPHIE	141

